医師連絡票

ふくつライオン保育園　病児保育室

利用児童名（ふりがな） （男・女）　生年月日　　年　　月　　日（　　歳　　カ月）				
病名・症状	※新型コロナウイルス、麻疹（はしか）、風疹、水痘、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症は、病児保育対象外です。			
	＜該当する病名・症状に「レ」チェックをお願いいたします。＞ □感冒・感冒様症候群　□咽頭炎　□扁桃腺炎　□気管支炎・上気道炎 □ヘルパンギーナ　□喘息・喘息様気管支炎　□突発性発疹　□伝染性紅斑 □溶連菌感染症　□手足口病　□中耳炎　□流行性耳下腺炎 □細菌性胃腸炎　□ウイルス性胃腸炎（ロタ・ノロ・その他（　　）） □インフルエンザ（Ａ・Ｂ）□RSウイルス感染症　□ヒトメタニューモウイルス □軽度の熱傷・骨折　□ 咽頭結膜熱（プール熱）　□流行性角結膜炎（はやり目） □アデノウイルス感染症　□肺炎（マイコプラズマ肺炎）　□その他（　　） ＜主な症状＞ □発熱　□下痢　□嘔吐　□咳嗽　□喘鳴　□発疹　□その他（　　）			
	＜迅速検査を行った場合は記載＞ 新型コロナウイルス（＋／－）　インフルエンザ（＋／－）　溶連菌（＋／－） アデノウイルス（＋／－）　RSウイルス（＋／－）　ロタウイルス（＋／－） ヒトメタニューモウイルス（＋／－）　その他（　　）（＋／－）			
医師からの意見 （上記の症状・病名における病児保育室での	隔離	要　・　否	感染させる恐れ	有　・　無
		同一感染症罹患児童との同室保育		有　・　無
	与薬指示	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時間ごと） 薬品名：		
		熱性けいれん座薬指示　□　なし　□　あり		
		解熱剤使用　□　なし □　あり：BT（　　℃）以上で（　　）を使用		
特記すべき既往歴				
その他注意事項				

年　　月　　日（診察日）

病児保育室の利用が可能であることを認めます。

所在地

医療機関名

医師名　　印

電話番号