

医療機関記入

医師連絡票

病後児保育の利用について、次のとおり連絡いたします。

※保護者記入

(施設名)	
園児氏名	男・女 平成・令和 年 月 日生(歳)
保護者氏名	

この連絡票の対象となるお子さんは

☆感冒症候群(発熱・咳・鼻水)、感染性胃腸炎、乳幼児嘔吐下痢症状などの急性疾患の回復期。

☆麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなど伝染しなくなった時期。

☆慢性疾患(気管支喘息)及び熱傷などの外傷性疾患などの軽症のもの。

これより下は医療機関で記入してください。

病名・症状	病名 _____ (※以下の病名の場合は、番号に○印)	
	1.急性上気道炎 2.気管支炎・肺炎 3.喘息・喘息性気管支炎 4.ヘルパンギーナ 5.感染性胃腸炎 6.ロタウイルス胃腸炎 7.水痘	8.流行性耳下腺炎 9.インフルエンザ(A型・B型・型不明) 10.咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) 11.溶連菌感染症 12.中耳炎 13.伝染性膿痂疹
	(病名不明の時) 14.発熱 15.下痢 16.嘔吐 17.咳嗽 18.喘鳴 19.発疹	
登園の条件	1.通常保育 2.他児と別室・別棟で過ごす ・注意事項 _____ ・病後児保育の期間(病気の回復期であり、集団保育が困難とされる期間) 令和 年 月 日 ~ ()日間程度	
留意事項 (処方内容・食事内容など)	園内で内服する処方 1.あり 2.なし	
医療機関	名称	
	担当医師	Ⓜ
	電話 ()	-