

医師記入

病児・病後児保育利用医師連絡票

日付： 年 月 日

住 所：
発行医療機関 施設名：
担当医師名：
電話番号：

本児童は、他の児童に感染させる恐れがなく、次の注意を行った上であれば、本日より下記の「回復までの期間」を病児・病後児保育施設の利用期間と判断します。

氏名		満年齢		性別	男・女	生年月日	年 月 日
----	--	-----	--	----	-----	------	-------

病名	1	感冒・感冒様症候群	学校指定感染症（お預かり不可） 第1種（病名を記入してください） () 第2種（病名に○をしてください） 新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ 百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘 咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎 第3種（病名に○をしてください） コレラ・細菌性赤痢・腸管出血性大腸炎 腸チフス・パラチフス・流行性角結膜炎 その他の感染症（病名を記入してください）
	2	咽頭炎	
	3	扁桃腺炎	
	4	気管支炎	
	5	喘息・小児喘息性気管支炎	
	6	感冒性腸炎	
	7	アセトン血性嘔吐症	
	8	突発性発疹	
	9	中耳炎	
	10	その他（病名を記入してください） ()	

注 意 事 項	安静度	1 他の児童と同室の室内でのベット上安静 2 他の児童と同室の室内で安静 3 他の児童と同室の室内で静養（軽度な室内遊び程度は可）
	食事	1 特段の注意事項なし（食欲に応じ） 2 比較的消化のよい食事 3 ミルクや牛乳、果物、ゼリー状食物など 4 アレルギー等により除去食物の指定： () 5 その他： ()
	与薬	1) 与薬あり ①-④に○を付け記入をお願いします 2) 与薬なし ① 本日処方薬 ② 過去処方薬 【処方日： 年 月 日・薬剤名： 】 ③ 他院処方薬 【処方日： 年 月 日・薬剤名： 】 ④ その他 ※屯用薬の指示は使用のタイミング・間隔等の詳細指示を記載してください。 【
回復までの期間		年 月 日から 年 月 日まで