医師記入

病児・病後児保育利用医師連絡票

発行医療機関
住　所　：
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 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） （	**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（病名に〇をしてください） 新型コロナウィルス感染症 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（病名に〇をしてください） 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）

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　比較的消火のよい食事 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　与薬なし 2　与薬あり　➡薬局で発行される薬剤情報書を持参してください ＊今回の処方以外に内服の必要な薬剤があれば記載をお願いします。（他院処方薬・常用薬など） ＊頓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