

病 後 児 保 育 医 師 連 絡 書

下記児童は、次の疾患の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能であることを連絡します。

(保護者記入欄)

フリガナ	(男・女)	生年月日	年 月 日
児童氏名			
保護者氏名		住 所	
保育に欠ける理由			

(医師記入欄) ※該当する病名等の番号を○で囲んで下さい。

病 名	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. 嘔吐下痢症 5. 感染性胃腸炎 6. 自家中毒症 7. 突発性発疹 8. 手足口病 9. 伝染性紅斑 10. 流行性耳下腺炎	11. 麻しん 12. 水 痘 13. 風 疹 14. インフルエンザ 15. 溶連菌感染症 16. 中耳炎 17. 膿痂疹 18. 外傷性 () 19. その他 ()
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド上での生活が主。他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んで良い)	
薬 剤 の 処 方	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り 薬剤名 () 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()	
配慮を要する事項		
備 考		

発行日： 年 月 日

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師氏名：

印