医師連絡票

下記の者は、病児保育の利用について支障はありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 　　　　　　　　男・女 | 生年月日 | 　 年　 　月　 　日（ 　歳） |
| 診　断　日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診断名 または 推定される病名： |
| 行った検査がありましたら☑をいれてください□血液検査□画像検査（　胸部　腹部　その他　）□インフルエンザ　　　　　□マイコプラズマ□ＲＳウイルス　　　　　　□ヒトメタニューモウイルス□アデノウイルス　　　　　□Ａ群β溶連菌□ノロウイルス　　　　　　□ロタウイルス□アデノウイルス（便）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 現在認める症状に☑をいれてください□発熱　　□下痢□嘔吐　　□鼻汁□咳嗽　　□喘鳴□発疹　　□活気不良□その他 |
| 安静度 | □隔離室で隔離□室内安静（布団やベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可□室内保育（普通に遊んでよい） |
| 連絡事項 | 投薬等処方（その他の留意事項） |

　　　年　　月　　日

医療機関　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　医師名