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