様式第２号（第８条関係）

病児保育にかかる医師の連絡票

年　　月　　日

　　　様

医療機関名

医師名

病児保育の利用申請を行う児童については次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | | 氏名 | | 生年月日(満年齢) | 性別 |
|  | | 年　　月　　日生  (　　歳　　　月) | 男・女 |
| 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・喘息様気管支炎 | | ６ | 中耳炎 | |  |  | | | | |
| 実施した迅速検査（他院実施分も含む）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 咽頭・鼻汁 | ・インフルエンザ | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | |  | ・溶連菌 | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | |  | ・アデノウイルス | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | |  | ・RSウイルス | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | | 便 | ・ロタウイルス | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | |  | ・ノロウイルス | □実施（□陽性□陰性）□未実施 | | | | |
| 主な症状 | |  | | | |
| 病児保育の利用について | | | * 支障なし | | |
| 連絡事項 |  | | | | |