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 |  |