

医 師 連 絡 票

ハート保育園 病児・病後児保育室 宛

令和 年 月 日

児童の氏名

年 月 日生(歳) 男・女

年　月　日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

【】病児保育可能
(児童が病気の回復期に至らないが、当面の症状の急変が認められない場合)

【】病後児保育可能
(児童が病気の回復期であるが、集団生活が困難な時期である場合)

病名・症状名 (該当するものの番号に○印をおつけください。)	1.急性上気道炎	9.流行性耳下腺炎		
	2.気管支炎・肺炎	10.麻疹 ※		
	3.喘息・喘息性気管支炎	11.水痘 ※		
	4.嘔吐下痢症	12.風疹 ※		
	5.感染性胃腸炎	13.インフルエンザ(A型・B型)		
	6.周期性嘔吐症(自家中毒症)※	14.溶連菌感染症		
	7.突発性発疹症	15.中耳炎		
	8.手足口病	16.膿痂疹(とびひ)		
	17.その他()			
	※ハート保育園 病後児保育では次の病名、症状はお預かり出来ませんので予めご了承ください。 (発熱、経口摂取、嘔吐、麻疹、水痘、風疹、周期性嘔吐症、その他医師の判断による症状)			
【病名不明の場合】				
18.発熱 19.下痢 20.嘔吐 21.咳嗽 22.喘鳴 23.発疹				
24.その他()				
隔離の要否	必要・不要 ※隔離が必要な場合、診療医から保護者の方へ説明お願いします。			
診断医療機関名 及び電話番号		診断医師署名		

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

保育上の留意点	特に制限なし・ベット安静・その他()
安静	特に制限なし・絶食・その他()
食べ物	特に制限なし・ベット安静・その他()
薬	
熱性けいれん既往ある児	ダイアップ坐剤 使用 可 ・ 不可
アレルギー	無 ・ 有 (種類)症状()
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けた上で、(病児・病後児) 保育を申し込みます。

保護者名

【連絡事項】

保護者の勤務場所 (所在地)			
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一)	電話番号	関係()
	(第二)	電話番号	関係()
お迎え予定者	関係()		