

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 2.気管支炎・肺炎 3.喘息・喘息性気管支炎 4.嘔吐下痢症 5.感染性胃腸炎 6.周期性嘔吐症(自家中毒症)※ 7.突発性発疹症 8.手足口病 9.流行性耳下腺炎 10.麻疹 ※ 11.水痘 ※ 12.風疹 ※ 13.インフルエンザ(A型・B型) 14.溶連菌感染症 15.中耳炎 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()
隔離の可否	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をお願いします。
診断医療機関名 及び電話番号	診断医師署名 <div style="text-align: right;">印</div>

※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()		