

医師連絡票

(提出先) 保津川ひよこ保育園

【登園の病児保育室を利用できない病状・症状】

- ①伝染性疾患（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、流行性角結膜炎、ウイルス性胃腸炎、新型コロナウイルス）の急性期などで、他児に感染する恐れが強い
- ②感染しやすく、一旦感染すれば重症になる危険性が高い（血液腫瘍疾患や重症心疾患、重症腎疾患、膠原病などや、免疫抑制剤を使用している場合など）
- ③39.0度以上の発熱が続いている
- ④嘔吐、下痢がひどく脱水症状の兆候がある（皮膚や唇の乾燥、涙がでない、ぐったりして元気がない）
- ⑤咳がひどく、呼吸困難である（喘息発作を含む）
- ⑥その他、医師により受け入れが不可能と判断された場合

保護者記入欄

	記載日	年	月	日
ふりがな 児童氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
児童住所				
保護者氏名	TEL			

医療機関記入欄

病名・症状名 (該当する病名・症状 に○印をおつけくだ さい。) ※赤字の疾患は 急性期はお預かり できません	1 感冒・感冒様症候群	9 伝染性膿痂疹(とびひ)	17 伝染性紅班(りんご病)
	2 咽頭炎	10 突発性発疹	18 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	11 手足口病	19 水痘
	4 気管支炎	12 咽頭結膜熱(プール熱)	20 百日咳
	5 消化不良症	13 喘息・喘息性気管支炎	21 風疹
	6 感冒性嘔吐症	14 自家中毒症	22 麻疹
	7 中耳炎・外耳炎	15 流行性角結膜炎	23 新型コロナウイルス
	8 溶連菌感染症	16 流行性耳下腺炎	24 その他 ()
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹
	30 その他	()	
診療形態	1.外来 2.往診 3.入院 (西暦 年 月 日～ 年 月 日)		
治療経過 及び 症状経過			
食事(昼食) (○印で記入)	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・アレルギー食 (除去内容)		
安静度 (○印で記入)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育		
その他(注意事項,処方 内容など)			
病児保育室利用が見込 まれる期間	月 日 ~ 月 日	次回受診予 定日	西暦 年 月 日
診察医療機関の名称・ 住所・電話番号			