＜医療機関の方へ＞当病児保育施設は、玄関・トイレが共有部分となり完全な隔離は出来ません。感染力が強い病気に関してはお断りさせていただく場合がございますのでご理解のほどよろしくお願いいたします。

病児保育　医師連絡票

病児保育実施事業者様

令和　　年　　月　　日

（医療機関）所在地

病院・診療所名

電話番号

医師名　　印

病児・病後児保育の利用申し込みをするにあたり、次の通り診療情報を提供します。

（保護者記入欄）

児童氏名		性別	男　・　女
生年月日			
住所			
保護者氏名		電話番号	

（医療機関記入欄）

症状・病状	1　急性上気道炎 2　気管支炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　感冒 5　咽頭炎 6　扁桃腺炎 7　RS ウイルス 8　感染性胃腸炎 （ロタ・アデノウイルス） 9　周期性嘔吐症（自家中毒） 10　消化不良症 11　手足口病 12　流行性角結膜炎 13　伝染性紅斑（りんご病） 14　インフルエンザ（A・B） 15　突発性発疹 16　水痘 17　溶連菌感染症 18　中耳炎 19　流行性耳下腺炎 20　咽頭結膜炎(プール熱) 21　百日咳 22　その他（　　）
	（病名不明） ・発熱　・下痢　・嘔吐 ・咳嗽　・喘鳴　・発疹
投薬処方	投薬方法：　食前　・　食間　・　食後　・　指定時間（　　時間毎） 投薬品名 解熱剤使用：　なし　・　あり （指示事項）
安静度	1　室内安静　　2　隔離室で隔離（トイレ・玄関は共有）
医師所見	

※健康保険の給付対象にはなりません。