西暦　　年　　月　　日

はいしゃさんの保育園　病児保育　医師連絡票

はいしゃさんの保育園　施設長　宛

医療機関　所在地
名　　称
医師氏名　　㊞
電話番号

病児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄（事前にご記入の上、受診ください）

利用児童	ふりがな 氏　名		性 別	男　・　女	生年月日	西 暦 年　　月　　日生
保 護 者	住　所	〒				
	氏　名		連絡先			

※医療機関の方へ　当施設は「保育所型」病児保育室であり、医療機関ではありません。
そのため、制限を設けております。以下に該当する場合、入室できません。
お手数ですが保護者様へお伝えくださいます様お願い致します。

① 嘔吐・下痢の症状が激しく脱水症状である場合
② 咳がひどく、呼吸困難である場合
③ 39度以上の発熱が続いている場合
④ 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・流行性結膜炎等で他児に感染する恐れが強い「急性期」

医療機関記入欄

病　名	□ 上気道炎 □ 扁桃炎 □ クループ症候群 □ 気管支炎 □ 肺炎 □ 気管支喘息 □ 感染性胃腸炎 □ ノロ　□ ロタ　□ その他 □ 細菌性腸炎	□ 中耳炎 □ 溶連菌感染症 □ 突発性発疹 □ アデノウイルス感染症 □ ヘルパンギーナ □ 手足口病 □ インフルエンザ □ A　□ B □ 百日咳	□ おたふくかぜ □ 麻しん □ 風しん □ 水痘 □ その他 （主な症状など）
投薬状況	□ なし　　□ あり		
安 静 度	□ 隔離して別室で保育（他児への感染を防ぐため隔離して保育） □ 室内安静（主にベッドで寝かせて安静にして保育） □ 室内保育（室内で通常保育） □ そ の 他（　　）		
そ の 他 注意事項	□ 発達障害の疑い		