

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

印

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 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	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 細菌性 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 主な症状など </div>
	投薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
そ の 他 注 意 事 項	<input type="checkbox"/> 発達障害の疑い		