医 師 連 絡 票

キッズベアーあて

病児保育の利用について、次のとおり連絡します

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 年齢 | 歳（　　　ヶ月） | 性別 | 男　・　女 |

下記の病名に〇印を付けてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.風邪  2.急性上気道炎  3.扁桃炎  4.急性気管支炎  5.RSウィルス感染症  6.アデノウィルス  　（　結膜炎・咽頭炎　）  7.マイコプラズマ気管支炎  8.気管支喘息 | | 9.喘息性気管支炎  10.クループ症候群  11.ヒトメタニュ－モウィルス  12.溶連菌感染症  13.ヘルパンギーナ  14.手足口病  15.おたふく  16.水痘  17.流行性角結膜炎 | 18.とびひ  19.感染性胃腸炎  20.細菌性胃腸炎  21.ロタウイルス性胃腸炎  22.ノロウイルス性胃腸炎  23.インフルエンザ（　A・B　）  24.突発性発疹症  25.中耳炎・外耳炎  26.その他  　（　　　　　　　　　　　） |
| ✿安 静 度 | 1.ベッド上安静　　　　2.隔離室で隔離  3.室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可）  4.室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） | | |
| ✿アレルギー | なし　・　あり | | |
| ✿保育上の留意事項がありましたらご指示ください（　食事・薬等　） | | | |

**※　コロナ抗原検査　を実施し（　陰性　・　陽性　）を認めました**

**インフルエンザ検査　を実施し（　陰性　・　陽性　）を認めました**

上記の内容により病児保育利用に支障がないと認めます

令和　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞