

## 医師連絡票

病後児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子さんの名前	様	病院名	印
生年月日	年 月 日 男・女	住所	
保護者名		電話番号	

利用見込み期間	連絡票記載当日から _____ 日	※土日含み5日間 (外傷の場合は14日間)	が限度
---------	-------------------	--------------------------	-----

該当する病名・病状に○印をおつけください

01 上気道炎（咽頭炎・扁桃炎）	07 インフルエンザ（A・B）	＜病名不明のとき＞	
02 気管支炎、肺炎	08 溶連菌感染症		12 発熱
03 喘息・喘息性気管支炎	09 咽頭結膜熱（プール熱）		13 下痢
04 感染性胃腸炎	10 膿痂疹		14 嘔吐
05 中耳炎（右・左）	11 その他（ ）		15 咳嗽
06 流行性耳下腺炎			16 その他（ ）

上記の病気で 年 月 日から療養中のところ、現在次の状態にあることを認めます。

口病状はある程度安定しているが、集団生活を送るには支障があり、安静・観察を要する

利用に際してのコメント	投薬や吸入の指示、けいれん予防時の座薬使用の指示などありましたら、ご記入下さい。 お薬手帳参照の場合は、以下に○をご記入下さい。
	( ) 投薬指示はお薬手帳を参照
食事に関する指示	1. なし
	2. あり ( )
備考	