

病後児保育 医師連絡票

下記の患者について、大淀町病後児保育事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況について連絡します。

〈保護者記入欄〉

ふりがな	性別	生年月日	年	月	日
児童氏名	男 ・ 女	(年 齢)	歳		ヶ月
保護者氏名	住所				
	TEL				

〈医療機関記入欄〉

病名	☐ 急性上気道炎 ☐ 喉咽頭炎 ☐ 気管支炎・喘息様気管支炎 ☐ 扁桃炎 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ 突発性発疹症 ☐ インフルエンザA・B ☐ 水痘 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 咽頭結膜熱（プール熱） ☐ 手足口病 ☐ 伝染性紅斑（りんご病） ☐ 風疹 ☐ 百日咳 ☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 伝染性膿痂疹 ☐ その他（ ）
症状	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹
	☐ 外傷（ ）
投薬の有無	☐ 無 ☐ 有
処方内容	☐ お薬手帳など参照 ☐ その他（ ）
保育上の留意点	☐ 病後児保育室の利用可能
利用見込み期間	受診した日より（ ）日間程度 ※原則最長7日間
その他留意点	

年 月 日

医療機関名

醫師名