

保護者 記入欄	児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日 生		

※事前に太枠内を記入し、医師に提出してください。医師が記入後、保育室に持参してください。

令和 年 月 日

## あま市病児・病後児保育 医師連絡票

(あて先) あま市長

医療機関 所在地 あま市甚目寺畦田1番地  
名称 あま市民病院

医師名

傷 病 名	受け入れ可能	受け入れ不可
	01. 感冒 02. インフルエンザ (A型・B型) 03. RSウイルス感染症 04. マイコプラズマ感染症 05. 喘息・喘息性気管支炎 06. 感染性胃腸炎* ( ) 07. 溶連菌感染症 08. 手足口病 09. ヘルパンギーナ 10. 風しん (三日ばしか) 11. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	12. 突発性発疹症 13. 百日咳 14. アデノウイルス感染症 (流行性角膜炎を除く) 15. 伝染性紅斑 (りんご病) 16. 周期性嘔吐症(自家中毒) 17. 膿痂疹 (とびひ) 18. 中耳炎 19. その他 ( ) 病名不明 1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹
*ノロウイルス性胃腸炎の場合「あま市民病院内病児・病後児保育室」では回復期にある場合のみ受け入れ可。		
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 布団上安静	
隔 離 の 有 無	<input type="checkbox"/> 隔離無 (標準予防策を行う) <input type="checkbox"/> 隔離有 (飛沫感染 ・ 接触感染 )	
隔 離 (保 育) 期 間	月 日 から 月 日 程度 (※期間は土日及び祝日(連休)の前日までとする)	
当 院 処 方 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食 事 (昼 食) の 留 意 事 項	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> アレルギー対応が必要→ アレルゲン ( ) <input type="checkbox"/> 水分補給のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
そ の 他 留 意 事 項	継続利用を希望する場合、利用前の診察及び検査が <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (インフルエンザ・コロナウイルス感染症の疑いがある場合のみ記入)	