

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
名 称
医師名

傷 病 名	受け入れ可能	受け入れ不可	
		01.上気道炎 02.気管支炎・気管支肺炎 03.RS ウィルス感染症 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 (流行性角結膜炎を除く) 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.インフルエンザ (A型・B型) 20.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 ・ 空気感染 ・ 接触感染)		
隔 離 (保 育) 期 間	月 日 から 月 日 程度		
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)		