

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
※「ふたば病児保育室」ではノロウイルス性胃腸炎も受け入れ可。			
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			