医 師 連 絡 票

キッズベアーあて

病児保育の利用について、次のとおり連絡します。

児童氏名		年齢	歳（　　ヶ月）	性別	男　・　女

下記の病名に〇印を付けてください。

1.急性上気道炎	9.クループ症候群	18.感染性胃腸炎
2.扁桃炎	10.ヒトメタニューモウィルス	19.細菌性胃腸炎
3.急性気管支炎	11.溶連菌感染症	20.ロタウイルス性胃腸炎
4.RS ウィルス感染症	12.ヘルパンギーナ	21.ノロウイルス性胃腸炎
5.アデノウィルス	13.手足口病	22.インフルエンザ（　A・B　）
（　結膜炎・咽頭炎　）	14.おたふく	23.突発性発疹症
6.マイコプラズマ肺炎	15.水痘	24.中耳炎・外耳炎
7.気管支喘息	16.流行性角結膜炎	25.その他
8.喘息性気管支炎	17.とびひ	（　　）

✿安 静 度	1.ベッド上安静　　2.隔離室で隔離 3.室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 4.室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
✿アレルギー	なし　・　あり

✿保育上の留意事項がありましたらご指示ください。（　食事・薬等　）

上記の内容により病児保育利用に支障がないと認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名　　㊞