

# 医師連絡票

病児保育園バンビ

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

令和 年 月 日

■入室にはコロナウィルスに関する検査が必要となりました ■

必ず PCR検査・NEAR等の検査結果を記載いただいてください。  
(抗原検査は、発熱24時間後の場合のみ可能とします)

医療機関名:

所在地:

TEL:

担当医氏名:

印

児童名 男・女	生年月日 年 月 日	診察時体温 °C		
病名・症状 (該当する病名・症状に○印をおつけください)	1. 感冒・感冒様症候群 5. 哮息・喘息性気管支炎 9. 中耳炎・外耳炎 13. 突発性発疹 17. 流行性耳下腺炎 その他( ) 【病名未確定の時】	2. 咽頭炎 6. 消化不良症 10. 咽頭結膜熱(プール熱) 14. 手足口病 18. インフルエンザ(A・B) 21. 発熱 24. 咳嗽 27. その他( )	3. 扁桃炎 7. 感冒性腸炎 11. 溶連菌感染症 15. ヘルパンギーナ 19. 百日咳 22. 下痢 25. 喘鳴 23. 嘔吐 26. 発疹	4. 気管支炎 8. 自家中毒症 12. 伝染性膿痂疹(とびひ) 16. 伝染性紅斑(りんご病) 20. RS
	症状 (○印をおつけください)	1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(解熱・微熱等)		
【受け入れできない基準】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●麻疹(はしか)</li> <li>●流行性角結膜炎</li> <li>●急性期のインフルエンザ</li> <li>●下痢、嘔吐がひどい</li> <li>●呼吸困難がある</li> <li>●喘息発作</li> <li>●水痘</li> <li>●風疹</li> <li>●咳、喘鳴がひどい</li> <li>●38.5℃以上の熱</li> <li>●脱水症状がひどい</li> <li>●24時間以内にけいれんおこした</li> <li>●その他、医師により受け入れが不可能と判断された状態</li> </ul>			
現症状	症状の安定度	安定・不安定( )		
	安静の要否	要・不要		
アレルギーの有無	無・有(除去内容)			
注意点・指示 その他 連絡事項				
コロナウィルス に関して ※全員必須	PCR			
	抗原検査 【発熱24時間後の方のみ 有効とします】	— +		
	NEAR法			
	その他検査法	( )		