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

医療機関名:

所在地:

TEL:

担当医氏名:　　印

重要

■入室にはコロナウィルスに関する抗原検査が全員必要です

確定病名（インフルエンザや手足口病など）の方も必ず抗原検査を受けてください！

児童名	生年月日	診察時体温
男・女	年　　月　　日	℃

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	2. 咽頭炎	3. 扁桃炎	4. 気管支炎
	5. 喘息・喘息性気管支炎	6. 消化不良症	7. 感冒性腸炎	8. 自家中毒症
	9. 中耳炎・外耳炎	10. 咽頭結膜熱(プール熱)	11. 溶連菌感染症	12. 伝染性膿痂疹（とびひ）
	13. 突発性発疹	14. 手足口病	15. ヘルパンギーナ	16. 伝染性紅斑(りんご病)
	17. 流行性耳下腺炎	18. インフルエンザ（A ・ B）	19. 百日咳	20. RS
	その他（　　）			
	【病名未確定の時】	21. 発熱	22. 下痢	23. 嘔吐
		24. 咳嗽	25. 喘鳴	26. 発疹
		27. その他(		
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】	●麻疹（はしか）	●流行性角結膜炎	●急性期のインフルエンザ	
	●下痢、嘔吐がひどい	●呼吸困難がある	●喘息発作	
	●水痘	●風疹	●咳、喘鳴がひどい	
	●38.5℃以上の熱	●脱水症状がひどい	●24時間以内にけいれんおこした	
	●その他、医師により受け入れが不可能と判断された状態			
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**	**抗原検査**	ー　　＋
	その他検査法	（　　）ー　　＋