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

児童名 男・女	生年月日 年　月　日	診察時体温 ℃

児童住所				
保護者氏名			電話番号	
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. 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	●咳、喘鳴がひどい
	●水痘	●風疹		
	●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
	他児との同室	可 ・ 不可
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		