医　師　連　絡　票

医院名　　医師名　　印

令和　　年　　月　　日

お子さんの名前（　　）様

病後児保育を必要とする現在の状態について、下記の病名、病状に〇をつけてください。

	検査結果			
溶連菌感染症	（+・−）	感冒・感冒様症候群	気管支炎	（病名不明のときの主症状）
アデノウィルス	（+・−）	咽頭炎	喘息・喘息様気管支炎	下痢
RSウイルス感染症	（+・−）	扁桃腺炎	消化不良症	嘔吐
ヒトメタニュウモウイルス感染症	（+・−）	りんご病	感冒性嘔吐症	咳嗽
コロナ2019(新型コロナウイルス感染症)	（+・−）	水痘	自家中毒症	喘鳴
インフルエンザウイルス感染症	（+・−）	百日咳	中耳炎・外耳炎	発疹
その他採血又は検査を行った		風疹	結膜炎（はやり目を含む）	発熱
		手足口病	膿痂疹（とびひ）	
		ヘルパンギーナ	突発性発疹症	
		流行性耳下腺炎	その他	

病状　（〇印）	1　急性期（発熱等）　　2　回復期（下熱・微熱）
安　静　度 〇印	1　ベット安静 2　室内安静（ベットでの生活が主、　他児との静かな遊びは可） 3　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 4　隔離が必要（　　）
食事（昼食） 〇印	・ミルク　　・離乳食（前期・中期・後期・完了）　・幼児食 下痢食　アレルギー食（除去内容　　）
処方内容	次回診療予定日　　月　　日　（　　）
備考	翌日も病児保育が　　1必要　　2保育所に復帰 1で必要に〇場合　　翌日の受診が必要か　1必要　2不要