令和　　年度　　志木市　病後児保育事業医師連絡票

ステラ志木宗岡保育園　様　　令和　　年　　月　　日

住　　所

保護者氏名

当該児童については、診察の結果、病気の回復期にあり、病後児保育の利用が可能と思われます。

（ふりがな） 児童氏名	H・R　　年　　月　　日生	医療機関名 医　師　名	印

下記の病名・症状番号に〇印をおつけください。

1	感冒・感冒様症候群	11	膿痂疹	＜病名不明のとき＞	
2	咽頭炎	12	突発性発疹	21	発　熱
3	扁桃腺炎	13	手足口病	22	下　痢
4	気管支炎	14	伝染性紅斑（りんご病）	23	嘔　吐
5	喘息・喘息性気管支炎	15	流行性耳下腺炎	24	咳　嗽
6	消化不良症	16	麻疹	25	喘　鳴
7	感冒性嘔吐症	17	水痘	26	発　疹
8	自家中毒症	18	百日咳	27	その他
9	中耳炎・外耳炎	19	風疹	（　　）	
10	結膜炎（流角結を含む）	20	インフルエンザ		

病状（〇印）	1　急性期（発熱等）　　2　回復期（下熱・微熱等）		※1の場合 病後児での対応は出来ません。
安静度 〇印	1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い） ※　病後児保育室ですので、1及び2の場合対応は出来ません。		
食事 〇印	1　通常と同様の食事　　3　アレルギー食（除去内容　　） 2　下痢食　　4　その他（指示内容　　）		
処方内容	薬　品　名	用　量	用　法
	※お薬の説明書を添付して下さい。　※次回診察予定　令和　　年　　月　　日（　）		
病後児保育が必要な期間	令和　　年　　月　　日（　）～ 令和　　年　　月　　日（　）		