

病児保育利用のための医師連絡票

RaJA 病児保育 宛

病児保育事業を利用可能と思われますので、以下の通り連絡いたします。

園児氏名	
医療機関情報 ※名称、医師名、電話、印鑑 (座版 OK)	④
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド上で生活、他児と静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
処方内容	記入 or 処方箋の写しを添付してください。 ※園での与薬は原則行いませんが、必要な場合は与薬依頼書を保護者の責任でご提出ください。
医師のコメント 留意事項など	
食事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 (初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> 通常食 <input type="checkbox"/> 制限なし (食べられるものを無理なく摂取) <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容： ※この場合弁当持参となります。

罹患した病名に☑してください。

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 | <input type="checkbox"/> 手足口病 |
| <input type="checkbox"/> 咽頭炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) |
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> その他 (|
| <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 | <input type="checkbox"/> 発熱 |
| <input type="checkbox"/> 消化不良症 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 自家中毒症 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 | <input type="checkbox"/> 喘鳴 |
| <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流角結を含む) | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 膿痂疹 | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 | |