

医師連絡票

年 月 日

児童氏名

上記の児童について、病後児保育が可能であると認められますので連絡します。

下記の病名・症状番号に○をおつけください。

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| 01 感冒・感冒様症候群 | 11 突発性発疹症 | 22 その他 |
| 02 咽頭炎 | 12 手足口病 | 〔 〕 |
| 03 扁桃腺炎 | 13 伝染性紅斑（りんご病） | |
| 04 気管支炎 | 14 流行性耳下腺炎 | |
| 05 喘息・喘息性気管支炎 | 15 百日咳 | 23 病名不明の場合 |
| 06 感染性胃腸炎
(ノロウイルス・ロタウイルス・その他) | 16 インフルエンザ（A・B）型 | 〔 症状等を記入してください 〕 |
| 07 周期性嘔吐症 | 17 咽頭結膜熱 | |
| 08 中耳炎・外耳炎 | 18 ヘルパンギーナ | 24 外傷 |
| 09 結膜炎 | 19 RSウイルス感染症 | 〔 〕 |
| 10 伝染性膿痂疹（とびひ） | 20 溶連菌感染症 | |
| | 21 マイコプラズマ肺炎 | |

※麻疹・風疹・水痘・流行性角結膜炎について受け入れ不可

隔離の必要性 必要あり 必要なし

薬剤の処方 あり なし

備考

医療機関名

所在地

電話番号

医師名：

印

※医療機関の皆様へ

・病後児室とんぼは、看護師・保育士が連携し、保護者に代わって回復期の病気・怪我のお子様をお預かりする保育室です。

・病後児保育利用中に、児童の状態が変化した場合には、施設から貴医療機関に確認等の連絡をさせていただく場合がありますので、あらかじめ御了承いただきますようお願いいたします。

病後児室記載欄：