

# 医師連絡票（病児保育園 Support you）

記入日：令和 年 月 日

|                  |                                               |                        |              |
|------------------|-----------------------------------------------|------------------------|--------------|
| 保護者記入欄           |                                               | ※連絡票の有効期限は記入日を含む3日間とする |              |
| 児童氏名             | (男・女)                                         | 平成<br>令和               | 年 月 日生 ( ) 歳 |
| 児童住所             |                                               |                        |              |
| 既往歴、治療<br>及び症状経過 |                                               |                        |              |
| 施設内の昼食           | 1. 普通食    2. うどん    3. 粥    4. 離乳食    5. 弁当持参 |                        |              |
| 投薬（処方）           |                                               |                        |              |
| 保育上の<br>留意点      | ※医師から指示があった際はご記入下さい。                          |                        |              |

|      |                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項 | ◎本書面は「病児保育園Support you」の利用を確約するものではありません。<br>病名・症状・施設の状況に応じて、利用をお断りする場合がございます。 |
|      | ◎「病児保育園Support you」利用申請の際に添付された本書面は、<br>利用の有無に関わらず、養老町にも共有致します。                |

上述の通り施設の利用を申請し、また注意事項に同意いたします。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

|               |                                  |                   |  |
|---------------|----------------------------------|-------------------|--|
| 医療機関ご記入欄      |                                  | ※該当する数字に○を付けてください |  |
| 病名<br>・<br>症状 | 1. かぜ<br>(感冒、急性上気道炎、咽頭炎、扁桃炎等を含む) |                   |  |
|               | 2. 気管支炎                          |                   |  |
| 病名<br>・<br>症状 | 3. 肺炎                            |                   |  |
|               | 4. インフルエンザA                      |                   |  |
| 病名<br>・<br>症状 | 5. インフルエンザB                      |                   |  |
|               | 6. RSウイルス                        |                   |  |
| 病名<br>・<br>症状 | 7. ヒトメタニューモウイルス                  |                   |  |
|               | 8. マイコプラズマ                       |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 9. 溶連菌                           |                   |  |
|               | 10. 流行性角結膜炎                      |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 11. 咽頭結膜炎（プール熱）                  |                   |  |
|               | 12. アデノウイルス                      |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 13. 中耳炎                          |                   |  |
|               | 14. 胃腸炎                          |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 15. その他の病気                       |                   |  |
|               | (病名： )                           |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | (症状： )                           |                   |  |
|               | 1. 完全な隔離                         |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 2. 隔離（同病の他児との同室は可）               |                   |  |
|               | 3. 室内保育（他児との同室可）                 |                   |  |
| 保育上の<br>留意点   | 4. 病児保育施設を利用できる状態では無い            |                   |  |

症状について、上記のとおり連絡いたします。

所在地

医療機関名称

電話番号

※記名押印可とさせていただきます。

担当医師名 \_\_\_\_\_ 印