|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

**医師連絡票**

②

**（医師記載用）**

病後保育を利用する際に、お子さまに関する診療情報をかかりつけの医師に記入していただく書類です。

病後保育当日にお持ちください。

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | **病院名****医師名** | ㊞ |
| **お子さま氏名** |  |

|  |
| --- |
| **お子さまの病気について当てはまるものにチェックを入れてください。** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　　名 | □　感冒・感冒様症候群□　扁桃腺炎□　クループ症候群□　気管支炎□　肺炎□　気管支喘息□　細菌性腸炎□　結膜炎（流角結を含まない） | □　咽頭結膜熱□　ヘルパンギ―ナ□　手足口病□　伝染性紅斑（りんご病）□　突発性発疹□　中耳炎□　その他（　　　　　　　） | 病名不明の時□　発熱□　下痢□　嘔吐□　咳嗽□　喘鳴□　発疹□　その他（　　　　　　　） |
| ※右記の病気は回復期にお預かり致しますので病状によってお預かりできないこともあります。 | 登園の目安 |
| □　溶連菌感染症□　ウイルス性胃腸炎（疑いを含む）（□ノロ　 □ロタ □その他）□　伝染性膿痂疹（とびひ）□　おたふくかぜ□　麻疹□　風疹□　水痘□　流行性角結膜炎□　インフルエンザ（A型）□　インフルエンザ（B型） | ・内服後24時間以上経過・嘔吐下痢が治まる傾向で普段の食事が摂れる・治療を受け回復傾向・全身状態が良好・解熱後・発疹が消失傾向である・痂疲化傾向・症状が回復傾向・内服後、回復傾向・内服後、回復傾向 |
| 保育室利用の可否 | □　可（→下記「病後児保育室を利用できない症状①～⑦」を必ず確認ください。）□　否【病後児保育室を利用できない症状】① 伝染性疾患（水痘・風疹・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・麻疹・百日咳等）の急性期で他児に感染の恐れがある場合（伝染性疾患の回復期も含む）② 喘息がひどく、呼吸困難がある③ 食欲がなく、ほとんど食べたり飲んだり出来ない④ 嘔吐がひどい⑤ 下痢・嘔吐による脱水症状の兆候がある（唇・舌・皮膚の乾燥・粘膜がべとつく・ぐったりしていて元気がない等）⑥ 水様便が頻繁にある⑦ その他か医師が利用できないと考えられる症状がある |
| その他の注意事項 |  |

 |

**※与薬依頼は別紙「与薬依頼票（保護者記載）」の提出をお願い致します。**