

# 病児保育室 Dreamy Kids 利用 「医師連絡票」

利用児 氏名(フリガナ)		生年月日	
	男・女	西暦 年 (和暦 年) 月 日生 (才 カ月)	
自宅住所	〒		
在園 保育園名	(クラス名)		

病児保育の利用にあたり 必要な情報について下記のとおり提供します(下記 太枠内は医師が記入)。

① 該当する病名・症状に○印をお願いいたします		
① 感冒・感冒様症候群	⑭ 伝染性耳下腺炎(おたふくかぜ)	(症状) ① 発熱 ② 下痢 ③ 嘔吐 ④ 咳嗽 ⑤ 喘鳴 ⑥ 発疹 ⑦ その他
② 急性上気道炎(咽頭炎・扁桃炎含む)	⑮ 麻疹	
③ 気管支炎・肺炎	⑯ 水痘(水ぼうそう)	
④ 喘息・喘息性気管支炎	⑰ 百日咳	
⑤ 消化不良症	⑱ 風疹	
⑥ 感冒性嘔吐症	⑲ 溶連菌感染症	
⑦ 感染性胃腸炎	⑳ 咽頭結膜熱(プール熱・アデノウイルス)	
⑧ 中耳炎・外耳炎	㉑ ヘルパンギーナ	
⑨ 結膜炎(流角結を含む)	㉒ RSウイルス感染症	
⑩ 膿痂疹(とびひ)	㉓ ヒトメタニューモウイルス感染症	
⑪ 突発性発疹	㉔ マイコプラズマ肺炎	
⑫ 手足口病	㉕ インフルエンザ(A型・B型)	
⑬ 伝染性紅斑(リンゴ病)	㉖ その他	

② 症状について	
病状 ① 急性期	② 回復期
治療状況	
利用見込み期間→ 受診した本日より 日間程度 次回診察予定日 月 日	

③ 安静度
① ベッド上で安静
② 隔離室で隔離
③ 室内で安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)
④ 室内で保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)

④ 処方内容	
薬剤名	用量など

⑤ 食事(昼食)
・ ミルク・牛乳のみ
・ 離乳食(前期・中期・後期)
・ 幼児食
・ 下痢食
・ アレルギー食(除去内容 )

【医療機関】

年 月 日

所在地

名称

医師名

