

加古川市病後児保育事業医師連絡票

平成 年 月 日

事業実施施設長 様

(医療機関)

所在地

T E L

F A X

医師名

㊟

加古川市病後児保育の利用について、可能と認めたので、次のとおり連絡します。

児 童 氏 名	性別	男・女	生年月日	H	.	.
病 名	・急性上気道炎 ・気管支炎 ・肺炎 ・喘息・喘息様気管支炎 ・下痢嘔吐症 ・感染性胃腸炎 ・中耳炎 ・流行性角結膜炎 ・骨折 ・熱傷 ・突発性発疹 ・手足口病 ・ヘルパンギーナ ・伝染性紅斑 ・麻疹 ・水痘 ・風疹 ・流行性耳下腺炎 ・咽頭結膜熱（プール熱） ・その他（ ）					
安静度	・室内安静（主にベッド上での安静とする、ただし静かな遊びは可。） ・室内保育（室内で普通に遊んでも可。）					
薬 剤	・なし ・あり (薬 剤 名 :) (与薬の方法 :)					
その他配慮を要する事項があれば ご記入ください。						
通常保育に変更する際は再度診察が ・ 必要 ・ 不要 ただし下記の状態である事 ()						