

砂川市病児・病後児保育医師連絡票

（保護者記入欄）

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童の氏名		男・女	年 月 日	歳 か月

医師の診察及び説明を受けた上で、病児・病後児保育施設の利用を申請します。

署名（保護者氏名）

印

（診断医師記入欄）

病名・病状 (○印)	1 急性上気道炎 2 急性気管支炎・肺炎 3 ぜん息・ぜん息性気管支炎 4 感染性胃腸炎 5 中耳炎・外耳炎 6 結膜炎（流角結を含む。） 7 伝染性のうかしん（とびひ） 8 突発性発しん 9 手足口病 10 ヘルパンギーナ 11 伝染性紅斑（りんご病）	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 13 麻しん（はしか） 14 水とう（水ぼうそう） 15 百日咳 16 風しん 17 インフルエンザ（ ）型 18 溶連菌感染症 19 アデノウイルス感染症 20 RSウイルス感染症 21 マイコプラズマ感染症
	その他病名（ ） 病名不明時の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> ぜん鳴 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他（ ）	
安静度 (○印)	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい。） 2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3 隔離室で保育 4 隔離室で保育安静	
処方薬 (○印)	1 抗生物質 2 去たん剤 3 鎮咳剤 4 気管支拡張剤 5 抗ヒスタミン剤 6 抗アレルギー剤	7 止痢剤 8 整腸剤 9 解熱鎮静剤 10 抗けいれん剤 11 抗ウイルス剤 12 制吐剤
指示事項 (○印)	1 水分補給 2 消化のよい食事 3 クーリング 4 その他（ ）	
外用薬（ ） その他（ ）		

記載年月日

年月日

診断医療機関名

電話番号

診断医師署名

印