

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）

（診断医師記入欄）

病名・病状 (○印)	1 急性上気道炎	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	2 急性気管支炎・肺炎	13 麻しん(はしか)
	3 ぜん息・ぜん息性気管支炎	14 水とう（水ぼうそう）
	4 感染性胃腸炎	15 百日咳
	5 中耳炎・外耳炎	16 風しん
	6 結膜炎（流角結を含む。）	17 インフルエンザ（ ）型
	7 伝染性のうかしん（とびひ）	18 溶連菌感染症
	8 突発性発しん	19 アデノウイルス感染症
	9 手足口病	20 R S ウイルス感染症
	10 ヘルパンギーナ	21 マイコプラズマ感染症
	11 伝染性紅斑（りんご病）	
	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	7 止痢剤
	2 去たん剤	8 整腸剤
	3 鎮咳剤	9 解熱鎮静剤
	4 気管支拡張剤	10 抗けいれん剤
	5 抗ヒスタミン剤	11 抗ウイルス剤
	6 抗アレルギー剤	12 制吐剤
	外用薬（ ）	
	その他（ ）	
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（ ）	

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