

御浜町病後児保育医師連絡票

年 月 日

御浜町長 様

医療機関 所在地

名 称

医師氏名

電話番号

当該児童は、下記疾患の急性期を過ぎた回復期にあるので、病後児保育を利用することについては可能と認めます。また、病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

利用児童	ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
保護者氏名		(続柄 )			連絡先	

【医療機関記入欄】

病 名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 <span style="font-size: 2em;">}</span>
投薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内安静（主にベッドで寝かせて安静にして保育、隔離の必要なし） <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で通常保育、隔離の必要なし） <input type="checkbox"/> その他 ( )		
食 事	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 )		
そ の 他 注 意 事 項			