

# 医師紹介カード

(中間市、芦屋町、水巻町、遠賀町、岡垣町 病児・病後児保育事業)

|  |  |
|--|--|
| ふりがな<br>※ 児童の氏名  | ※生年月日<br><br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;">                     年      月      日生 (      歳 )                 </div> |
| 子どもの病状急変の場合、病児・病後児保育事業実施施設と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。<br><b>※ 保護者氏名</b> _____ |  |

病児・病後児保育事業を利用するとき、この意見書を医療機関で記入してもらい、利用する施設に提出してください。

これより下は医療機関で記入してください。(病名、症状は印をお願いします)

| 疾 病 等  | 症 状                                      |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(細菌性)</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 水痘</td> <td><input type="checkbox"/> " (ウイルス:      )</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 百日咳</td> <td><input type="checkbox"/> 溶連菌感染症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 風疹</td> <td><input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RSウイルス感染症</td> <td><input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 突発性発疹</td> <td><input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)</td> <td rowspan="6" style="font-size: 4em; vertical-align: middle; text-align: center;">{</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手足口病</td> <td><input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 感冒症候群</td> <td><input type="checkbox"/> 気管支炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症</td> <td><input type="checkbox"/> 気管支喘息</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎         | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(細菌性) | <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> " (ウイルス:      ) | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |  | <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 |  | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ |  | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) | { | <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃炎 | <input type="checkbox"/> 感冒症候群 | <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 |  |  |  |  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 発熱</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 下痢</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 嘔吐</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 咳嗽</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 喘鳴</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 発疹</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 鼻汁</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> その他</td></tr> <tr><td>(      )</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 喘鳴 | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 鼻汁 | <input type="checkbox"/> その他 | (      ) |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎   | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(細菌性)     | <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎     |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 水痘  | <input type="checkbox"/> " (ウイルス:      ) | <input type="checkbox"/> その他         |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 百日咳   | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症          |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 風疹  | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症      |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症   | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ         |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹   | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)     | {                                    |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 手足口病  | <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃炎         |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 感冒症候群   | <input type="checkbox"/> 気管支炎            |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症  | <input type="checkbox"/> 気管支喘息           |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
|  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
|  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 発熱  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 下痢  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 咳嗽  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 発疹  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁  |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| <input type="checkbox"/> その他   |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |
| (      )   |  |                                      |                                  |                             |  |                              |                              |                                 |  |                             |                                     |  |                                    |                                  |  |                                |                                      |   |                               |                                  |                                |                               |                                 |                                |  |  |  |  |   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                              |          |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>医師からの意見</b><br>保育事業実施施設の上記の症状・病名における病児・病後児 | <b>連絡事項</b><br>(注意事項)   |   |
|   | <b>安静度</b>  | <input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離<br><input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)  |
|   | <b>飲 食</b>  | <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 離乳食 (      )<br><input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー (      ) |
|   | <b>投薬等</b><br><input type="checkbox"/> 飲み薬<br><input type="checkbox"/> 貼り薬<br><input type="checkbox"/> 軟膏<br><input type="checkbox"/> その他 | 薬名: 効能(抗生剤・整腸剤・咳止め等)    服薬法(朝・昼・夕・夜間・頓服等)<br>・<br>・<br>・<br>・<br><input type="checkbox"/> 発熱時 (      容量:      )   |

診察日(      年      月      日)

現時点では、①病児(病中)・②病後児(回復期)保育事業の利用が可能であることを認めます。  
 (①または②のどちらかに○を付けてください)

医療機関名

医師氏名

印

住所

電話番号