

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 ※ 児童の氏名	※生年月日 年 月 日生 (歳)
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。	
※ 保護者氏名 _____	

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 お願いします)

疾 病 等	症 状
<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 ()

医師からの意見 上記の症状・病名における病児・病後児	連絡事項 (注意事項)	
	安静度	<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 <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)
	飲 食	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 離乳食 () <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー ()
	投薬等 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <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) ・ ・ ・ ・ <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

住所

電話番号

印