ママサポート【病後児】

医　師　連　絡　票

※医療機関記入

児童の氏名	
病名 ※該当する病名の番号に「〇」印をお願いします。	1 急性上気道炎（感冒）　5 中耳炎 2 気管支炎・肺炎　6 伝染性膿痂疹（とびひ） 3 喘息・喘息様気管支炎　7 骨折・捻挫（部位：　） 4 咽頭炎・扁桃炎　8 その他（　） ※医師による登園許可書、保護者による登園届が必要な感染症については、隔離室がないため、登園のめやすを満たしている場合のみ、受け入れ可能です。
主な症状 ※該当する症状の番号に「〇」印をお願いします。	1 発熱　2 咳　3 喘鳴　4 発疹　5 下痢 6 嘔吐　7 その他（　）
実施した迅速検査	□あり　□なし □インフルエンザ　□アデノウイルス　□RSウイルス　□その他（　）
施設での与薬	□あり　□なし 与薬時間：□食前　□食間　□食後　□その他（　）
特記すべき既往歴	□あり　□なし　□不明 ※初診や把握している既往歴がない場合は不明 □熱性けいれん（　回）　□ぜんそく　□食物アレルギー　□その他（　）
安　静　度	□特に制限なし　□ベッド上安静　□室内安静　□その他（　）
食事に関する指示	□なし　□あり（指示内容：　）
その他留意事項	※利用施設において注意する点があれば、ご記入ください。

年　月　日　診察の結果、上記児童は病気の回復期にあるため、病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられます。		
病後児保育 利用期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日	
診断医療機関名及び電話番号		診断医師署名 印

※利用可能年齢は、生後7か月から小学６年生までです。

※病後児保育室は、保育所に併設し、病気の回復期のお子さんをお預かりしています。

※症状が安定している際は、継続して5日間（初日含む）の利用が可能となります。