

## 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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>保護者氏名</b> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> </div>	

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 でお願します)

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 (          )

<b>医師からの意見</b> 保育事業実施施設 上記の症状・病名 における病児・病後児	<b>連絡事項</b> (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 <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 (          ) <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー (          )	
<b>投薬等</b>	薬名: 効能(抗生剤・整腸剤・咳止め等)          服薬法(朝・昼・夕・昼間・頓服等) <input type="checkbox"/> 飲み薬          . <input type="checkbox"/> 貼り薬          . <input type="checkbox"/> 軟膏             . <input type="checkbox"/> その他           . <input type="checkbox"/> 発熱時 (          容量:          )	

診察日(          年          月          日)

現時点では、 **病児(病中)・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。  
 ( または のどちらかに を付けてください)

医療機関名 _____	医師氏名 _____ <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
住所 _____	電話番号 _____