

医 師 連 絡 票 (医師控え)
(診療情報提供書)

病児・病後児保育室 ノア 様

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

令和 年 月 日

ふりがな 児童氏名		男・女	平成 令和 年 月 日生(歳 ヶ月)
病 名 (検査状況)	☐ 上気道炎 ☐ 扁桃炎 ☐ 咽頭喉頭炎 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 喘息・喘息様気管支炎 ☐ 結膜炎(流角結を含まない) ☐ 突発性発疹 ☐ R Sウイルス感染症(+ ・ -) ☐ 感染性胃腸炎 ノロ(+ ・ -) ロタ(+ ・ -) アデノ(+ ・ -) ☐ 新型コロナウイルス感染症 抗原(+ ・ -) P C R (+ ・ -)		☐ インフルエンザ A (+ ・ -) B (+ ・ -) ☐ 溶連菌感染症(+ ・ -) ☐ ヒトメタニューモウイルス(+ ・ -) ☐ アデノウイルス感染症(+ ・ -) ☐ アデノウイルス結膜炎、流行性角結膜炎 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 手足口病 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 水痘 ☐ その他
隔 離	☐ 有 ☐ 無		
投薬状況	※説明書等を添付していただければ記入していただかなくてもけっこうです。		
症 状 そ の 他 注意事項			

本児童は、病児・病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関の所在地
及 び 名 称
電 話 番 号
医 師 氏 名

(※) 本人(代表者)が自署しない場合は、記名押印してください。