医師記入

病児・病後児保育利用医師連絡票

日付：　　年　　月　　日

発行医療機関
住　所　：
施設名　：
担当医師名　：
電話番号　：

本児童は、他の児童に感染させる恐れがなく、次の注意を行った上であれば、本日より下記の「回復までの期間」を病児・病後児保育施設の利用期間と判断します。

氏名		満年齢		性別	男・女	生年月日	年　月　日

病名

1　感冒・感冒様症候群
2　咽頭炎
3　扁桃腺炎
4　気管支炎
5　喘息・小児喘息性気管支炎
6　感冒性腸炎
7　アセトン血性嘔吐症
8　突発性発疹
9　中耳炎
10　その他（病名を記入してください）
（　　）

学校指定感染症（お預かり不可）

第1種（病名を記入してください）
（　　）
第2種（病名に〇をしてください）
新型コロナウィルス感染症・インフルエンザ
百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘
咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎
第３種（病名に〇をしてください）
コレラ・細菌性赤痢・腸管出血性大腸炎
腸チフス・パラチフス・流行性角結膜炎

その他の感染症（病名を記入してください）

注意事項

安静度	1　他の児童と同室の室内でのベット上安静 2　他の児童と同室の室内で安静 3　他の児童と同室の室内で静養（軽度な室内遊び程度は可）
食事	1　特段の注意事項なし（食欲に応じ） 2　比較的消化のよい食事 3　ミルクや牛乳、果物、ゼリー状食物など 4　アレルギー等により除去食物の指定：（　　） 5　その他：（　　）
与薬	**1）与薬あり**　①-④に〇を付け記入をお願いします　**2）与薬なし** ①　本日処方薬 ②　過去処方薬 【処方日：　年　月　日・薬剤名：　】 ③　他院処方薬 【処方日：　年　月　日・薬剤名：　】 ④　その他　※屯用薬の指示は使用のタイミング・間隔等の詳細指示を記載してください。 【　】
回復までの期間	年　月　日から　年　月　日まで

＊訂正箇所がある場合は2重線で訂正し、訂正印をお願いします。

2025年09月01日　改訂