

医師連絡票兼利用申込書

令和 年 月 日

あおぞら国分保育園

あおぞら日当山保育園 殿

医療機関 所在地

名称

電話番号

診断医師名



【病児・病後児】保育の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり連絡します。

保護者記入欄	児童氏名	H・R 年 月 日生(歳) 男・女			
	保護者氏名				
	住所	〒			
	緊急連絡先	(勤務先・父・母・その他) 電話番号:			
医師記入欄	症状 (病名等) <small>(該当する病名に☑をお付けください)</small>	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 消化不良	<input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 ()	病名不明の場合 <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"/> その他 ()
	処方	<input type="checkbox"/> あり (食前・食後・___時・別紙記載) <input type="checkbox"/> なし			
	感染性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	既往歴	熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他[]			
	安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、静かな遊びは可)			
	食事に関する特別な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容:)			
	連絡事項				