

病児保育医師連絡票

病児保育室 ウエルキッズ 宛て

記入日 年 月 日

医療機関 住 所

名 称

電話番号

医 師 名

印

病児・病後児保育室の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所		在籍施設	(保育所等・幼稚園名)
	フリガナ 保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

病 名	主な症状	
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他 []	
既往歴	熱性痙攣既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
利用(見込)期間 (○にチェック)	<input type="checkbox"/> 診断日(本利用連絡票作成日)を含め 日間程度 (インフルエンザ以外) <input type="checkbox"/> インフルエンザ: 発症後3日目以降かつ38.0℃未満(当病児利用基準)から利用可能	
急変の可能性 (○をする)	1 高い 2 低い 3 極めて低い	
病状悪化時の 対応指示		
安 静 度 (○をする)	1 ベッド上で安静 2 室内安静 (室内での静かな遊び、受け身の遊びは可) 3 室内安静 (室内でのやや活動的な遊び、他の児童との集団的な遊びは可)	
処 方 内 容	※院外処方の場合は、薬局発行の調剤内訳の写しを本書に添付すること。	
留 意 事 項		
そ の 他	新型コロナ抗原検査(陽性・陰性・検査不要) ※いずれかに○も付けて下さい	

(注1) 病気の回復状況によっては、本利用連絡票の再提出を求めることがあります。

(注2) 利用(見込み)期間内は、児童の病状に関する問い合わせにご協力ください。

(注3) 利用期間の日数が記入されていない場合は、7日間有効です。