**医　師　連　絡　票**

神埼市病後児保育実施施設　宛

　　　　　　　　　　病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お子さんの名前 |  | 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 下記の病名・病状番号に○印をおつけください。 | TEL　　　　－　　　　－FAX　　　　－　　　　－ |
| 1. 上気道炎
2. 咽頭扁桃炎
3. 肺炎、気管支炎
4. 気管支喘息
5. 喘息様気管支炎
6. 中耳炎・外耳炎
7. 結膜炎（流行性角結膜炎除く）
8. 膿痂疹
9. 突発性発疹症
10. 手足口病
11. 伝染性紅斑（りんご病）
 | 1. **溶連菌感染症**
2. **アデノウイルス感染症**
3. **流行性角結膜炎**
4. **RSウィルス感染症**
5. **嘔吐下痢症**
6. **ロタウイルス感染症**
7. **流行性耳下腺炎**
8. **インフルエンザ**
9. **水痘**
10. **百日咳（回復期）**
 | 23　外科系【　　　　　　　　　　　　　　　】24　そ の 他【　　　　　　　　　　　　　　　】**〈病名不明のとき〉**・発熱　・下痢　・嘔吐・咳嗽　・喘鳴　・発疹**【現在行っている処置】**・吸入　・吸引・つけかえ |
| ○印をつけて下さい | ※上記12～21に相当する疾患の場合、状況によってお預りできないことがあります。※隔離については保育の預かり状況等により再検討させていただくことがあります。　回復期　　※隔離（ 要 ・ 不要 ・可能であれば） |
| 処方内容 | * おくすりノート参照

　* 別記・詳細
 |
| 注意事項 | けいれん ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 呼吸苦 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他連絡事項 |  |
| 次回診察予定日 | 要【　　　月　　　日（　　） 】 ・ 不要 ・ 症状が改善すれば不要 |

**連絡票をご記入いただくお医者様へ**

この連絡票は、神埼市の子育て支援事業の一環として医師会のご協力をいただいているものです。お手数をおかけいたしますが、無料にて記入していただきますようよろしくお願いいたします。　　　　　　（当事業への問い合わせ　　神埼市福祉課子育て支援係　　TEL　０９５２－３７－０１１０）

【病後児保育室へのお問い合わせ】　　　　　サールナートこども園　「病後児保育室」 TEL（０９５２）４４－３１４４