

小郡市病児・病後児保育事業医師連絡票

令和 年 月 日

病児・病後児保育の利用にあたり、以下の通り連絡いたします。

児童氏名

該当する病名に○または、必要事項の記載をお願い致します。

上気道炎	中耳炎	溶連菌	胃腸炎			
咽頭炎	RSウイルス	アデノウイルス	嘔吐下痢症			
扁桃炎	ヒトメタニューモウイルス	手足口病	インフルエンザA			
気管支炎	肺炎	ヘルパンギーナ	インフルエンザB			
その他						
隔離の必要性 要 ・ 不要						
検査	covid-19	インフルエンザ	溶連菌	アデノ	RS	ヒトメタ
	(-)	(A+ B+ -)	(+ -)	(+ -)	(+ -)	(+ -)
	検査名					結果(+ -)
お預かり中の注意事項						
診察の結果、上記児童は現時点において入院加療は要しないが、集団保育は困難と認められます。						
所在地						
医療機関名						
電話番号						
医師名 _____ (印)						

当施設では、新型コロナウイルス、1歳未満のRS、麻疹、水痘、流行性角結膜炎は、お預かりしておりません。

社会医療法人天神会 まどかチャイルドケアセンター TEL:0942-65-9096