様式第４号（第４条関係）

登録番号（　　－　　－　　）

田川市病児病後児保育室医師連絡票

田 川 市 長　殿

田川市病児病後児保育室の使用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

児　童	氏名：　　（男・女）	生年月日　　年　　月　　日 （　　歳　　か月）
	住所：	
	電話：　　（　　）	保護者名：

【医療機関記入例】

病名・症状	※該当する病名、症状に「レ」チェックをお願いします。			
	□感冒・感冒様症候群　□咽頭炎・へん桃腺炎　□気管支ぜん息　□ぜん息 □中耳炎・外耳炎　□ぜん息性気管支炎　□感冒性おう吐症　□消化不良 □突発性発疹症　□骨折　□火傷　□その他（　　）			
	<主な症状> □発熱　□下痢　□おう吐　□がいそう　□ぜん鳴　□発しん　□その他			
医師からの意見 ［上記の病名・症状における病児病後児保育事業実施施設での対応について］	隔　離	要　・　否	感染させる恐れ	有　・　無
		同一感染症り患児童との同室保育		可　・　不可
	安静度	□ベッド上安静　□室内安静 □室内保育（室内で遊んでもよい。）		
	飲　食	□ミルク　□離乳食（前期・中期・後期）　□普通食 □下痢食　□軟食　□アレルギー食（除去内容　　）		
	与薬指示	処方せん交付→薬局で発行する調剤写しがある場合は保護者に添付させてください 与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時間ごと） 薬品名： 熱性けいれん 座薬指示　□　なし　□　あり 解熱剤使用　□　なし □　あり：ＢＴ（　　℃）以上で（　　）を（　　）使用 □　主治医に連絡：ＢＴ（　　℃）以上		
	注意すべき症状			

年　　月　　日（診察日）

田川市病児病後児保育室の使用が可能であることを認めます。

所　在　地

医療機関名

医　師　名　　印

電 話 番 号