

病状連絡票

保護者記入欄

| | | | | | | | |
|-------|--|------|--|-----------------------------------|---|-------------|-----|
| 児童の氏名 | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日生 (歳 カ月) | 男・女 |
| 住所 | | | | 在園名 丸信インターナショナル保育園 () 保育園・幼稚園 | | | |

主治医記入欄 ※該当する項目に○または、必要事項を記載してください

| (病名) | (症状) | (確定診断) |
|---|--|-----------------------|
| 01 感染・感冒様症候群 | 01 発熱 | COVID-19 (+ / -) |
| 02 咽頭炎 | 02 下痢 | インフルエンザ (A / B / -) |
| 03 扁桃腺炎 | 03 嘔吐 | アデノウイルス (+ / -) |
| 04 気管支炎 | 04 咳嗽 | RSウイルス (+ / -) |
| 05 嘔吐・下痢症 () | 05 喘鳴 | ノロウイルス (+ / -) |
| 06 中耳炎・外耳炎 | 06 発疹 | マイコプラズマ (+ / -) |
| | 07 その他 () | 溶連菌 (+ / -) |
| | | その他() |
| 処方内容 | ※お薬手帳がある場合は記入不要です | |
| 食事 | 普通食 ・ 消化の良い食事 アレルギー食 (除去内容) | |
| その他留意事項 | | |
| 利用期間 | ※継続利用が可能な日数に○をつけてください [] 7日間 (外傷のみ) 受診日を含め 1日間 ・ 2日間 ・ 3日間 [] 出席停止期間中 (インフルエンザのみ) | |
| この児童は診察の結果、上記の病中または病気の回復期にあり当面病状の急変は認められない為 病児保育室「Smile Basket」の利用が可能と思われます。 | | |
| 医療機関名 所在地 TEL | | |
| 年 月 日 医師名 (サイン直筆) | | 印 |

※症状に変化があった場合にはご連絡し、ご指導をいただく場合があります。

※一般的な風邪の症状を示す際、確定診断がついた児童は利用可能とします。

※COVID-19感染の可能性がある場合、水痘(急性期)、麻疹、はやり目、シラミは、ご利用頂けません。

病児保育室「Smile basket」指導医

院名 医療法人 きむらアレルギーこどもクリニック

木村 光一 先生

※この書面(医師利用連絡票)の発行手数料等はご自身でご負担いただきます。
(なお、指導医にて発行される場合の手料は、500円+税となります。)

ご不明な点がございましたら、以下にお問い合わせください。

丸信インターナショナル保育園 病児保育室「Smile Basket」

住所: 〒839-0812 久留米市山川安居野3丁目6-10 2F

TEL: 0942-43-3771