

《 医師連絡票 》

※病児保育用

ともたらんど 施設長 殿

2024.5改訂

【当園の病児保育室を利用できない病状・症状】

- ①伝染性疾患（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、コロナウイルス感染症、流行性角結膜炎、結核、咽頭結膜熱、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症、髄膜炎菌性髄膜炎、急性出血性結膜炎と診断された場合）
- ②溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、手足口病、伝染性紅斑、感染性胃腸炎、ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症、帯状疱疹、突発性発疹と診断され24時間以内の急性期である場合。
- ③感染しやすく、一旦感染すれば重症になる危険性が高い。（血液腫瘍疾患や重症心疾患、重症腎疾患、こうげんびょう膠原病など、免疫抑制剤を使用している場合など）
- ④39.0度以上の発熱が続いている。
- ⑤体調不良により飲水・食事摂れていない。
- ⑥脱水症状の兆候（皮膚や唇の乾燥、涙がでない、ぐったりして元気がない、排尿がない）がある。
- ⑦咳がひどく、呼吸困難である（喘息発作を含む）
- ⑧下痢が水様である。
- ⑨嘔吐を繰り返している。（24時間に3回以上）
- ⑩当日（0時以降）に座薬や内服などの解熱薬を使用している場合。（急激な解熱によりけいれんを引き起こす恐れがあるため。）
- ⑪その他、医師により病児保育室の受け入れが不可能と判断された場合。
- ⑫熱性けいれんの既往があり、38.0度を超えている場合。
- ⑬他児への感染を防ぐため、年齢相当のワクチン接種を受けていない場合。

保護者記入欄		記入日	年	月	日
児童氏名		性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日（満 歳）				
児童住所					
保護者氏名		TEL			
医療機関名記入欄		受診年月日	年	月	日
医療機関名					
医師名	Ⓜ				
病名・症状	病名				
	症状	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 鼻汁	
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 喘鳴	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 発疹			
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院（ 年 月 日～ 年 月 日）				
治療経過 及び 症状経過					
安静度	<input type="checkbox"/> 病児室で隔離				
その他					
	次回診療予定日	月	日	利用必要期間	月 日 ～ 月 日

※連続して5日間以内(土日含まず)