

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