

## かかりつけ医連絡票

ふりがな		性別	生年月日
子どもの名前		男・女	年 月 日
保護者名			
住 所			
病 名			
指示 (処方内容など)			
	※ 普段と異なり、下記のような症状があるときには、病児保育の利用はできません。		
はい ・ いいえ	生後3か月未満で、38度以上の発熱がある		
はい ・ いいえ	繰り返し嘔吐する		
はい ・ いいえ	激しい頭痛や項部硬直がある		
はい ・ いいえ	(普段歩ける児が)歩けない		
はい ・ いいえ	24時間以内にけいれん発作がみられた		
はい ・ いいえ	意識障害や傾眠傾向が疑われる		
はい ・ いいえ	努力呼吸(多呼吸、鼻翼呼吸、陥没呼吸など)がみられる		
はい ・ いいえ	十分な水分摂取ができない		
はい ・ いいえ	睡眠がとれない		
はい ・ いいえ	急性期にあり、24時間以内の悪化が予想される		
はい ・ いいえ	連日の医療機関の受診あるいは入院が必要な状況にある		
	※ 免疫抑制状態にある児は、病児保育の対象になりません。		
はい ・ いいえ	免疫抑制剤やステロイドの長期投与中		
はい ・ いいえ	その他、医師が利用不可と判断する状況(		
<b>保育室利用の可否(○印) 可 ・ 不可</b>			
年 月 日			
医療機関名:			
電話番号:			
担当医師名: <span style="float: right;">(印)</span>			