

中野区病児・病後児保育事業医師連絡票

改訂後も、  
現行の医師連絡票は  
使用できます。

○保護者記入欄 (あらかじめ、ご記入をお願いいたします。)

児童氏名 中野太郎	保護者氏名 中野一郎
児童生年月日・児童性別 2024年 7月 1日生 (1歳) 男・女	在籍保育施設 中野区保育園
住所 中野区中野〇丁目〇番〇号	

○医師記入欄

以下から医師側が記入となります。

検査日を記入  
お願いします。

該当する病名・症状に○印をお願いします(発症日等の備考があればその他に記入してください)

(病名)	(症状)	(迅速診断)	(検査日 8月 1日)
01 急性上気道炎	01 発熱 (体温 ℃)	インフルエンザ	( A / B / - )
02 気管支炎	02 下痢	アデノウイルス	( + / - )
03 感染性胃腸炎	03 嘔吐	溶連菌	( + / - )
04 手足口病	04 咳嗽	RSウイルス	( + / - )
05 おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	05 喘鳴	マイコプラズマ	( + / - )
06 みずぼうそう(水痘)	06 発疹	ヒトメタニューモ	( + / - )
07 咽頭結膜熱(プール熱)	07 その他 ( )	ロタウイルス	( + / - )
08 骨折(体温 ℃)		ノロウイルス	( + / - )
		新型コロナウイルス	( + / - )
		その他 ( )	( )

発症日等の備考があれば記入

食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容: そば )	食事内容を記入
----	--	---------

安静度	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育室の集団保育が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 隔離室での保育が必要(他の病気の児との接触を避ける) ※病後児保育室に隔離室はありません。	←隔離の必要性の有無を記入
-----	--	---------------

施設での与薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> アレルギー緊急薬(□エピペンでの対応可) ※病児保育室利用のみ → □解熱剤(38.5℃以上) □抗けいれん薬(座薬) ※処方内容はお薬手帳または薬剤情報提供書を参照	与薬の指示があればここに記入 ※原則お薬手帳に書かれている薬以外は投与することができません。
--------	--	---

その他既往歴など	食事、安静度、特記すべき既往歴、その他で配慮すべきことがありましたらご記入ください。 ぜん息あり	その他、配慮することがあればここに記入
----------	---	---------------------

利用期間	( 5 )日間程度	※記入した日を含む日数で最大7日間 ※必ずご記入ください。
------	-----------	----------------------------------

病児・病後児の区分 (どちらか選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気の回復期に至らない(病児保育室の利用が可能です。) <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある(病後児保育室の利用が可能です。)
※回復期とは、次に掲げるものをいいます。 1 感冒等、日常的にかかる疾患 → 急性期を経過した以降 2 気管支炎及び喘息等の呼吸器系疾患 → 発作が治まった以降 3 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患 → 他児に感染するおそれのある感染期を経過した以降 4 骨折、熱傷等の外傷性疾患 → 症状が安定した以降	

注意事項	・事業の利用可能年齢は、病児は満1歳以上、病後児は生後6か月から就学前までの児童です。 ・この様式を書いていただく料金は、患者1人につき月1回に限り、保険診療(診療情報提供料 I)の扱いとなります。
------	--

診察日時 医療機関	2025年 8月 1日	住所 名称 医師名 電話番号	医療機関印又は 医師の印を押印
--------------	-------------	-------------------------	--------------------