

医師連絡票（病児保育利用許可書）

オハナ☆キッズケア 宛

医療機関 住所
名称
医師名 印
電話
診断日時 年 月 日 時 分

下記の児童について、病児・病後児保育の利用を許可します。

（保護者記入欄）

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日 (年齢)	20 年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	[電話]		
保護者氏名	[連絡先]		

（医療機関記入欄） 該当する病名に選択・記載をお願いします

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、病児保育利用の受け入れを制限しています。

※オハナ☆キッズケアでは、以下の病名に限りお預かりできます。

病名	1 インフルエンザ（ A ・ B ）	9 骨折（診断名：)	
	2 溶連菌感染症	10 熱傷（診断名：)	
	3 RSウイルス	11 膿痂疹（部位：)	
	4 ヒトメタニューモウイルス	12 その他（診断名：)	
	5 アデノウイルス感染症	※その他に病名が記載される場合、受け入れの可否を施設までお問い合わせください。	
	6 手足口病	現在、急性上気道炎(感冒、咽頭炎、扁桃腺炎などを含む)のお預かりは対象外です。	
	7 ヘルパンギーナ		
	8 マイコプラズマ感染症		
基礎疾患	なし ・ あり ()		
発症日	年 月 日		
現在の状況	1 急性期	2 回復期	
安静度	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）		
	2 室内安静（他児と静かな遊びは可）		
	3 隔離を要する		
食事の指示	なし ・ 制限あり ()		
処方内容	なし ・ 処方の通り（薬剤情報参照） ・ その他 ()		
保育上で留意すること			