医　師　連　絡　票

指示日　　年　　月　　日
医療機関名
医師名
連絡先

病児・病後児保育を利用する児童の状況等は次のとおりです。

児童氏名（保護者記載）	

診断名	□ 感冒・感冒様症候群	□ 中耳炎・外耳炎	□ 手足口病
	□ 咽頭炎	□ 膿痂疹	□ 水痘
	□ 扁桃腺炎	□ アデノウイルス	□ インフルエンザA
	□ 気管支炎・肺炎	□ 結膜炎	□ インフルエンザB
	□ 喘息・喘息様気管支炎	□ 溶連菌感染症	□ ＲＳウイルス
	□ 胃腸炎	□ 流行性耳下腺炎	□ 新型コロナウイルス
	□ その他疾患（　　）		

実施した迅速検査（他院実施分も含む）	咽頭・鼻汁	1．アデノウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
		2．溶連菌	□陽性	□陰性	□未実施
		3．インフルエンザ	□陽性	□陰性	□未実施
		4．ＲＳウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
		5．新型コロナウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
		6．ヒトメタニューモウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
	便	7．ロタウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
		8．ノロウイルス	□陽性	□陰性	□未実施
	その他	9．（　　）	□陽性	□陰性	□未実施
	【上記のうち他院実施分の検査番号に〇】	1　2　3　4　5　6　7　8　9			

主な症状	発熱　下痢　嘔吐　腹痛　鼻水　咳嗽　喘鳴　発疹　眼脂 急性期　　回復期
部屋の指示	□ 普通保育室で安静　□ 隔離室に隔離（伝染性疾患）　□ 病後の安静
保育上の注意事項	□ 当院からの処方薬があります。 □ 持参の薬があります。 □ 発熱時の指示　クーリングのみ　解熱剤の使用（　　度） □ 熱性けいれんの既往　有　ダイアップの使用の有無（　　度） □ 呼吸状態に気をつけてください。 □ 脱水症に気をつけてください。 □ その他（　　）
投薬の指示	投薬が必要と認めますので、指示通り行ってください。 □ 投薬方法　薬袋又は指示ラベルに従ってください。 □ 投薬期間　薬袋又は指示ラベルに記入してある日から指示した日までです。

令和８年４月１日　鳥取市