

「すくすくくらぶ」と「かかりつけ医」との連絡票



すくすくくらぶ 宛

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

(診察日) 令和 年 月 日

印

病後児保育事業について、必要な情報を下記のとおり提供します。

利用児童名 (ふりがな)		(男・女)	生年月日	年	月	日
病名・症状	<該当する病名に■チェックをお願いいたします。>					
	<input type="checkbox"/> 上気道炎/咽頭炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A			
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ B			
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱)	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎			
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> ロタウイルス			
	<input type="checkbox"/> 嘔吐下痢	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> ノロウイルス			
	<input type="checkbox"/> 急性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ)	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモ			
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> 肺炎 (マイコプラズマ)	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹			
	<input type="checkbox"/> 軽度の熱傷・骨折	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	検査	<検査を行った場合は■チェック・検査結果の記載をお願いいたします。>				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (-)		<input type="checkbox"/> アデノウイルス (+ / -)				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (+ / -)		<input type="checkbox"/> RS ウイルス (+ / -)				
<input type="checkbox"/> 溶連菌 (+ / -)		<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス (+ / -)				
<input type="checkbox"/> その他 ()		(+ / -)				
内服中の薬						
隔離	◇隔離が必要 ・ 必要なし					

※新型コロナウイルス感染症は病後児保育室の受け入れ対象外です。

※新型コロナウイルスの検査は、かかりつけ医の判断で実施(発熱等の症状がある場合)してください。

ただし、すくすくくらぶが必要と判断した場合は、検査をお願いすることがあります。

※新型コロナウイルス発生のため閉鎖しているクラスに通っている児童はお預かりできません。

2024年6月1日改訂