第４号様式（第10条関係）

（表）

連絡票

年　　　月　　日

記入者氏名

続　　　柄　（　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 主な症状 | □発熱（　　　度）　□下痢（　　回／日）　□嘔吐（　　回／日）  □鼻水（多い・少ない）　　□せき（ｺﾝｺﾝ・ｺﾞﾎｺﾞﾎ・ｾﾞｰｾﾞｰ・ｹﾝｹﾝ）  □発しん（頭・顔・足・腹・尻・背中・腕・口・全身）  □痛み（頭・のど・腹・耳）  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 症状の始まりと経過 | 年　　月　　日から | | |
| 昨日から今朝までの状況 |  | | |
| 受診した医療機関 | 受診日時　　　　月　　日　　　時頃  医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　担当医 | | |
| 病名 | □感冒・感冒様症候群　□胃腸炎　□風しん（３日ばしか）　□百日せき  □流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□中耳炎・外耳炎  □水痘（みずぼうそう）　□インフルエンザ　□喘息・喘息様気管支炎  □手足口病　□気管支炎・肺炎　□流行性角結膜炎　□溶連菌感染症  □マイコプラズマ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 病院で処方された薬を内服又は外用していますか。  　□いいえ　□はい（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※はいの場合、与薬を希望しますか。　□希望する　□希望しない  薬の剤型と数　　粉（　　包）・シロップ（　　本）・外用薬（　　本）・その他（　　　）  与薬方法　　　　食前・食間・食後・指定時間（　　　　　時）  朝の投薬等　　□いいえ・　　はい（　　　　時頃）  解熱剤を使用していますか。　　　いいえ　　・　　はい　（　　日　　時） | | | |
| 朝食 | □食べなかった　□食べた（　　　時頃：食べた内容　　　　　　　　　） | | |
| 授乳 | □飲んでいない　□飲んだ（　　　時頃　　　　㎖）  普段は１回　　　㎖（　　　時間ごと） | | |
| 排便 | 最終排便（　　　日　　　時頃）硬・普・軟・下痢 | | |
| その他（ 生まれつきの病気・障害、熱性けいれん・てんかんなどの既往や保育時に気をつけなくてはいけないことがある場合は、必ずこちらにお書きください。） | | | |

備考　現在、使用している薬がある場合は、お薬手帳等を実施施設の長に提示してください。体調の変化等により、受診した医療機関に対し、実施機関から問合せ等を行う場合があります。お薬は１回分ずつに分けて当日分のみご持参ください。

（裏）

（医師記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 医師記入欄 | 担当小児科医師署名： |
| 安静度（○印）１．隔離  ２．室内安静  ３．利用不適（理由：麻しん・水痘・はやり目・その他　　　　　　　　） |
| 投薬（○印）　　　する　・　しない |
| その他連絡事項 |
| 担当看護師署名： | |
| 担当保育士署名： | |