

連絡票

年 月 日

ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)
病 名	確定している病原診断があれば○をつけてください。 インフルエンザ A・B、アデノ、溶連菌、RS、マイコプラズマ、ロタ、ノロ、伝染性紅斑、水痘、流行性耳下腺炎			
主な症状	発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他()			
基礎疾患				
一般状態	食欲 (ある・まあまあ・ない) 元気 (ある・まあまあ・ない)			
経 過				
処 方				
安静度(○印)	1 観察室(要隔離) 2 ベッド上安静 3 室内安静(ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
COVID-19 抗原検査	厚生労働省の定点把握のデータに基づき、検査の有無を決めています。 <u>定点報告 10 以上</u> の場合は、 <u>抗原検査必須</u> となります。 COVID-19 抗原検査結果() <u>定点報告 10 未満</u> の場合は、 <u>各医療機関の医師が抗原検査を必要と判断された場合、実施をお願いしています。</u> COVID-19 検査必要(あり ・ なし)と判断した。			

医療機関名

医師名

所在地

電話番号