

病児病後児保育室医師連絡票

病児病後児保育室 設置者 様

病児病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 電話
 FAX
 担当医師

※

【保護者記入欄】

※署名もしくは記名押印

患 者 名	氏名： (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳 ヲ月)
	住所：	
	電話： ()	保護者名：

【医療機関記入欄】

下記の病名（インフルエンザA・B・型不明も含む）・病状番号にレ印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A・B・型不明） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()	〈病名不明のとき〉 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹
---	---	---

病状 (レ印)	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（下熱・微熱等）
隔離 (レ印)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
安静度 (レ印)	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
食物アレルギーの有無 (レ印)	<input type="checkbox"/> 有 (除去内容) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
熱性ケイレンの既往 (レ印) (今回使用したダイアップ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1回目 月 日 時・2回目 月 日 時・3回目 月 日 時)
処方内容の確認	<input type="checkbox"/> くすり手帳 <input type="checkbox"/> 説明書（薬局より発行） <input type="checkbox"/> その他 ()
担当医師連絡欄	次回診察予定日 月 日 ()