

③

病児・病後児保育 医師連絡票

平成 年 月 日

医療機関 住 所
 名 称
 医 師 氏 名
 電 話 番 号

印

病児・病後時保育の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します

児童氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日(歳)
住所	〒		電話番号 ()
病名	01 感冒・感冒様症候群	15 溶連菌感染症	病名不明の時
	02 インフルエンザ	16 突発性発疹	
	03 気管支炎	17 咽頭結膜熱	01 発熱
	04 肺炎	18 ヘルパンギーナ	02 下痢
	05 喘息	19 手足口病	03 嘔吐
	06 喘息様気管支炎	20 ムンプス	04 咳嗽
	07 扁桃腺炎	21 百日咳	05 喘鳴
	08 クループ	22 伝染性	06 発疹
	09 感染性胃腸炎	23 伝染性紅斑(リンゴ病)	07 その他
	10 細菌性腸炎	24 耳下腺炎	()
	11 ロタウイルス胃腸炎	25 麻疹	
	12 中耳炎・外耳炎	26 風疹	
	13 結膜炎(流角結を含む)	27 水痘	
	14 とびひ	28 その他	
	()		
病状	01 急性期(発熱等)		02 回復期(解熱・微熱等)
安静度	01 ベット上安静	02 隔離を要する	03 室内安静 04 室内保育
食事	01 ミルク・牛乳のみ	02 離乳食(前期 中期 後期)	03 幼児食
	04 下痢食	05 アレルギー食(除去内容)	
処方内容	1	2	3
	4	5	6
その他 注意事項			