

# 医 師 連 絡 票

病児保育室 はっぴ～あて

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子さんの名前		病院名	
		医師名	

下記の病名・病状番号に○印をお付け下さい

1 感冒・感冒症候群	11 膿痂疹	(病名不明の時)
2 咽頭炎	12 手足口病	
3 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	
4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	
5 哮息・喘息性気管支炎	15 水痘	
6 感染性胃腸炎	16 溶連菌感染症	
7 感冒性嘔吐症	17 アデノウイルス感染症	
8 中耳炎・外耳炎	18 ロタウイルス感染症	
9 結膜炎	19 インフルエンザ(A、B)	
10 突発性発疹症	26 その他( )	

病 状 (○印)	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下痢・微熱等)
安静度 (○印)	1 ベッド上安静	2 室内安静
昼 食 (○印)	ミルク・水分のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 下痢食・アレルギー食(除去内容)	

処 方 内 容	
---------	--

次回診察予定日	月 日 ( )
備 考	翌日も病児保育が 1 必要 2 保育所に復帰 (○印)