

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 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 感染性胃腸炎 7 感冒性嘔吐症 8 中耳炎・外耳炎 9 結膜炎 10 突発性発疹症		11 膿痂疹 12 手足口病 13 伝染性紅斑(りんご病) 14 流行性耳下腺炎 15 水痘 16 溶連菌感染症 17 アデノウイルス感染症 18 ロタウイルス感染症 19 インフルエンザ(A、B) 26 その他()	
		〈病名不明の時〉 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹	
病 状 (○印)		1 急性期(発熱等) 2 回復期(下痢・微熱等) 1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
安静度 (○印)			
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)	