

# 医師連絡票

みつけの病児保育室 行

現時点での入院の必要性は認められません。

病児・病後児保育施設の利用にあたり、下記の点について連絡します。

お子さまのお名前		生年月日	年	月	日
下記の病名・症状番号に○をつけてください。					
01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹	〔病名不明のとき〕			
02 咽頭炎	12 手足口病	20 発熱			
03 扁桃腺炎	13 ヘルパンギーナ	21 下痢			
04 気管支炎	14 伝染性紅斑（りんご病）	22 嘔吐			
05 喘息・気管支喘息	15 RSウイルス	23 咳嗽			
06 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	16 ヒトメタニューモウイルス	24 喘鳴			
07 感染性胃腸炎（ロタ その他）	17 溶連菌感染症	25 発疹			
08 中耳炎・外耳炎	18 インフルエンザ（A・B）	26 その他（ ）			
09 咽頭結膜熱（プール熱）	*↑A・Bどちらかに○をつけてください				
10 膿痂疹（とびひ）	19 その他（ ）				
利用施設	病児保育室		病後児保育室		
病状 *（○印）	1 急性期（発熱等）		2 回復期（解熱・微熱等）		
安静度 *（○印）	1 隔離室で隔離 2 ベッド上安静 3 室内安静 （ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内安静 （他児と室内で普通に遊んでよい）				
食事 （○印）	1 水分のみ 2 離乳食 （前期・中期・後期・完了期）		3 幼児食・普通食 4 下痢食 5 アレルギー除去食 （除去内容 ）		
処方内容					
備考			次回診察予定日	（ ）日後	

令和 年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名

印