

# 病児・病後児保育 医師連絡票

年 月 日

トイロ口保育園 宛

＜医療機関＞

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

(印)

病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
住所			
保護者氏名		電話番号	
病名・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> インフルエンザA型 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザB型 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 結膜炎(流行性角結膜炎を含まない) <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"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他(                                      )		
治療経過・症状等			
現在の投薬処方	処方	処方内容(薬剤名・用量・用法等)	
	<input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> なし		
配慮を要する事項			
安静度	<input type="checkbox"/> 安静室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(安静が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)		