

病児病後児保育室医師連絡票

病児病後児保育室 設置者 様

病児病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

令和 年 月 日
医療機関 所在地
名称
電話
FAX
担当医師 印

【保護者記入欄】

患 者 名	氏名： (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳 カ月)
	住所：	
	電話： ()	保護者名：

【医療機関記入欄】

下記の病名（インフルエンザA・B・型不明も含む）・病状番号にレ印をつけてください。		
☐ 水痘（みずぼうそう） ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ インフルエンザ（A・B・型不明） ☐ 百日咳 ☐ 咽頭結膜熱（プール熱） ☐ アデノウイルス感染症 ☐ 溶連菌感染症 ☐ 手足口病 ☐ ヘルパンギーナ	☐ RSウイルス感染症 ☐ マイコプラズマ感染症 ☐ 流行性嘔吐下痢症 ☐ 伝染性膿痂疹 ☐ 肺炎 ☐ 気管支炎 ☐ 気管支喘息 ☐ その他 ()	〈病名不明のとき〉 ☐ 発 熱 ☐ 下 痢 ☐ 嘔 吐 ☐ 咳 嗽 ☐ 喘 鳴 ☐ 発 疹
病状 (レ印)	☐ 急性期（発熱等） ☐ 回復期（下熱・微熱等）	
隔離 (レ印)	☐ 必要 ☐ 必要なし	
安静度 (レ印)	☐ ベッド上安静 ☐ 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） ☐ 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
食物アレルギーの有無 (レ印)	☐ 有 (除去内容) ☐ 無 ☐ 不明	
熱性ケイレンの既往 (レ印) (今回使用したダイアップ)	☐ 有 ☐ 無 (1回目 月 日 時・2回目 月 日 時・3回目 月 日 時)	
処方内容の確認	☐ くすり手帳 ☐ 説明書（薬局より発行） ☐ その他 ()	
担当医師連絡欄		

		次回診察予定日	月	日 ()
--	--	---------	---	-------