

医師連絡票

病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり情報提供致します。

| | | | | | |
|------|--|----|-----|------|--------|
| 児童氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
|------|--|----|-----|------|--------|

▼該当する番号に○をつけてください。

| | | | |
|-------|--|----------------|--|
| 病名・症状 | 1. インフルエンザ | 11. 突発性発疹症 | <病名不明のとき> 21. 発熱 22. 下痢 23. 嘔吐 24. 咳嗽 25. 喘鳴 26. 発疹 27. () |
| | 2. 咽頭炎 | 12. 手足口病 | |
| | 3. 扁桃炎 | 13. 伝染性紅斑 | |
| | 4. 気管支炎・肺炎 (マイコプラズマを含む) | 14. 流行性耳下腺炎 | |
| | 5. 喘息・喘息様気管支炎 | 15. 麻疹 | |
| | 6. 嘔吐・下痢症 | 16. 水痘 | |
| | 7. 自家中毒症 | 17. 百日咳 | |
| | 8. 中耳炎・外耳炎 | 18. 風疹 | |
| | 9. 結膜炎 | 19. 溶蓮菌感染症 | |
| | 10. 膿痂疹 | 20. その他 () | |
| 安静度 | 1. 床上安静 2. 隔離室で隔離 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. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい) | | |
| 処方内容 | (※薬剤情報提供書もしくはお薬手帳等で確認ができる場合は記述省略可。) | | |
| 指示事項 | | | |
| 備考 | | | |

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

印