

医師連絡票

病児保育実施施設長 殿

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

平成 年 月 日

医療機関

医師名

印

児童氏名		年齢	
生年月日	平成 年 月 日	性別	男 女

下記の病名・病状の□に✓をおつけください。

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 急性上気道炎 | <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含む) | <病名不明の時>
<input type="checkbox"/> 腹痛
<input type="checkbox"/> 嘔吐
<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 発熱
<input type="checkbox"/> 喘鳴
<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> 湿疹
<input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザA | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) | |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザB | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | |
| <input type="checkbox"/> 急性気管支炎 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | |
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 | |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 | |
| <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 | (咽頭結膜熱) | |
| <input type="checkbox"/> 扁桃炎 | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | |
| <input type="checkbox"/> クループ症候群 | <input type="checkbox"/> ヘルペスウイルス感染症 | |
| <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 手足口病 | |
| <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) | |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> その他() | |
| (ノロ・ロタ・それ以外) | | |

安静度・食事等について、特別なご指示があればお書きください。

現在の処方内容・指示

その他、医師所見など