

【利用期間ごと】

年 月 日

病児・病後児保育 医師連絡票

病児・病後児保育実施施設長 宛

医療機関 所在地

名称

医師氏名

電話番号

印

病児・病後児保育事業の利用に当たり、必要な情報について下記の通り提供します。

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 児童氏名 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (歳 ヶ月) | |
| 住所 | 電話番号 | | |
| 病名 | <input type="checkbox"/> 上気道炎症 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ A <input type="checkbox"/> インフルエンザ B <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 [主な症状等] <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い |
| 熱性けいれん既往歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 迅速検査の実施状況 | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> ミルク・母乳 <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容) | | |
| その他注意事項 | | | |
| 処方内容 | | | |