

# 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。

令和 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〉<br><input type="checkbox"/> 腹痛<br><input type="checkbox"/> 嘔吐<br><input type="checkbox"/> 下痢<br><input type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 喘鳴<br><input type="checkbox"/> 咳<br><input type="checkbox"/> 湿疹<br><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