

医師連絡票

※太枠内を記載してください

令和 年 月 日

(あて先) 病児・病後児保育施設 又は 病後児保育施設

病院名
医師名

病児・病後児保育施設又は病後児保育施設の利用にあたり、下記の点について連絡します。

お子さんの名前		
下記の病名・症状番号に○印をおつけください。		
01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	21 その他 ()
02 咽頭炎	12 手足口病	<病名不明のとき>
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	22 発熱
04 気管支炎	14 流行性角結膜炎	23 下痢
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	24 嘔吐
06 嘔吐下痢症	16 麻疹(はしか)	25 咳嗽
07 自家中毒症	17 水痘	26 喘鳴
08 中耳炎・外耳炎	18 百日咳	27 発疹
09 結膜炎	19 風疹	28 その他 ()
10 膿痂疹(とびひ)	20 インフルエンザ(A・B)	※↑A・Bどちらか一方に○印をおつけください。
利用施設	病児・病後児保育施設 中央ながかみ保育園・みどり保育園 みつばち保育園・さくらんぼルーム(桜町クリニック)	病後児保育施設 聖隷こども園めぐみ・聖隷こども園わかば
病状 (○印) ※	1 急性期(発熱等) 2 回復期(下熱・微熱等)	1 回復期 病状番号(14)から(20)の場合 感染の危険(ある・ない) ※感染の危険のある場合、病後児保育は利用できません。
安静度 (○印) ※	1 ベッド上安静 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)	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)
食事(昼食) (○印)	ミルク・牛乳のみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 幼児食 下痢食・アレルギー食(除去内容)	
処方内容	次回診察予定日 () 日後	
備考		

※「病児・病後児保育施設」及び「病後児保育施設」のどちらの施設を利用するのか、保護者にご確認いただき、適した欄に○印をおつけください。