

実施施設長 殿

病後児保育事業 医師連絡票

病後児保育の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名		性別	生年月日
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 女	歳 か月
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 (咽頭炎、扁桃炎含む) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふく風邪) <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) <input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> その他 ()
	症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用区分	<input type="checkbox"/> 病児 (急性期) <input type="checkbox"/> 病後児 (回復期)		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
指示事項	※配慮を要する事項等をご記入ください。		
投薬	投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する	
診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。			
		医療機関	医療機関名 電話番号 診断医師名
			㊞