

医 師 連 絡 票

病後児保育事業実施施設長 様

次のとおり、診療情報を提供します。当該児童が病後児保育事業を利用することについては差し支えありません。

児童氏名			
下記の病名・症状に○印をおつけください			
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む）	11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅斑（りんご病） 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 20 その他（ ）	<病名不明のとき> 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹 27 その他（ ）	
病状についての簡単な説明	診断が確定した傷病名（該当に○） 【 アデノ・RS・ヒトメタニューモ・マイコプラズマ・その他（ ） 】		
隔離の指示	1 空気感染の可能性があり隔離必要（水痘などの回復期） 2 飛沫感染の可能性がある（インフルエンザ、溶連菌、ムンプスなどの回復期） 3 接触感染の可能性がある（とびひ、ロタウィルス、ムンプス、手足口病などの回復期） 4 経口感染の可能性がある（ロタウィルス、ノロウィルスなど）		
食 事	普通食 下痢食 除去食 その他（ ）		
利用に際しての指示	投薬や吸入の指示、けいれん予防や解熱時の座薬使用の指示などございましたら、ご記入ください。		
備 考			

年 月 日

医療機関名

医 師 名

⑩