

医師連絡票

2023年11月改訂

年 月 日

病児保育室

えんとつ町のプペル保育園とよおか

ザ・ガーデン

施設長 殿

医療機関 所在地

名称

医師氏名

⑩

電話番号

下記児童については、以下のとおり診断し必要な情報を提供します。

利用児童名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
-------	--------	------	------------------

該当箇所の□に ✓ を付けてください。

以下の病名と判断し、病児保育の利用が可能な状態と認める。			
病名等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> インフルエンザ疾患※ (解熱後48時間を経過していること) <input type="checkbox"/> 感冒性下痢嘔吐症 (病名不明のとき) <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 ()	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 膿痂疹(とびひ)	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)※ <input type="checkbox"/> 水痘症(みずぼうそう)※ <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか)※ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱・アデノウイルス) <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎(はやり目)
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静(主にベッド上の生活、静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んで良い) <input type="checkbox"/> 別室保育(他児への感染を防ぐため別室にて保育)		
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 処方箋の通り <input type="checkbox"/> その他 ()		
悪化時の対応	<input type="checkbox"/> _____ 時は、当院に電話連絡をする。 <input type="checkbox"/> _____ 時は、再受診を勧める。 <input type="checkbox"/> _____ 時は、翌日の受診を勧める。		
配慮を要する事項			