

医師連絡票

医療法人だんだん会 つばみ保育園 なのはな病児保育室 殿

病児保育の利用が可能と判断し、下記のとおり診療情報を提供致します。

★保護者記入欄

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳)		
患者住所			
電話番号		保護者氏名	

★医療機関記入欄

病名・症状(番号に○)			
01 感冒・感冒様症候群	11 中耳炎・外耳炎	21 その他	<病名不明の時> 01 嘔吐 02 下痢 03 発熱 04 喘鳴 05 咳嗽 06 湿疹
02 インフルエンザ	12 結膜炎(流角結を含む)		
03 気管支炎	13 とびひ		
04 肺炎	14 溶連菌感染症		
05 喘息	15 突発性発疹症		
06 喘息様気管支炎	16 咽頭結膜熱		
07 扁桃腺炎	17 ヘルパンギーナ		
08 クループ	18 手足口病		
09 感染性胃腸炎	19 ムンプス	※迅速検査診断の結果がありましたらご記入ください	
10 細菌性腸炎	20 急性上気道炎	()	
病状(○印)	01 急性期(発熱等)	02 回復期(解熱・微熱等)	
隔離の必要(○印)	01 なし	02 あり	
安静度	① 床上安静 ② 室内で安静(床上安静が主、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)		
既往歴,治療経過 及び症状経過			
現在の投薬処方	□別紙参照 ※必ず投薬処方がわかるもの(お薬手帳など)を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください		
食事(○印)	01 ミルク・牛乳のみ	04 下痢食	
	02 離乳食(前期・中期・後期)	05 アレルギー食	
	03 幼児食・普通食	(除去内容)	
利用期間	日間程度 (※記入日を含めて最大7日間)		
その他指示			

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号・FAX

医師名

