

(あて先) ゆうあい保育園内 病後児室 とんぼ

## 医 師 連 絡 票

年 月 日

病後児保育の利用にあたり、下記の点について連絡します。

児 童 氏 名		
下記の病名・症状番号に○をおつけください。		
01 感冒・感冒陽症候群	11 突発性発疹症	<病名不明のとき>
02 咽頭炎	12 手足口病	20 発熱
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	21 下痢
04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 咳嗽
05 喘息・喘息性気管支炎	15 百日咳	23 喘鳴
06 感染性胃腸炎	16 インフルエンザ__型	24 発疹
07 周期性嘔吐症	17 骨折	25 その他
08 中耳炎・外耳炎	18 熱傷	( )
09 結膜炎	19 その他	
10 膿痂疹(とびひ)	( )	
※麻疹・風疹・水痘・流行性角結膜炎について受け入れ不可		
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期	
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) <input type="checkbox"/> 室外保育可(室内での生活が主、散歩程度の室外遊びは可)	
食 事 ( 昼 食 )	<input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食	
薬 剤 の 処 方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名( )	
備 考		
<医療機関>		
所在地 :		
名 称 :		
電話番号 :		
担当医師氏名		