

病児保育 医師連絡票(市外専用)

いそはら病児保育ルーム 様

年 月 日

いそはら病児保育ルームの利用にあたり、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 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | |
| | | | 歳 か月 | |
| 病名 | <input type="checkbox"/> 上気道炎（咽頭炎、扁桃炎含む） | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） | <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 | |
| | <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 | |
| | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） | <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 | |
| | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> R S ウイルス | |
| | <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） | <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス | |
| | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ | |
| | <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス | <input type="checkbox"/> アデノウイルス | |
| | <input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ | |
| | <input type="checkbox"/> 外耳炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 溶連菌 | |
| | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 | <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） | | |
| | 発症日 | | 年 月 日 | |
| | 迅速検査の実施状況 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（検査結果： ） | |
| | 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（ ） | |
| 安静度 | | <input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> ベッド上での安静 <input type="checkbox"/> 隔離室での隔離 | | |
| 指示事項 ※配慮を要する事項等を記入ください。 | | | | |
| 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。 <div style="text-align: center;"> 医療機関 医療機関名 電話番号 診断医師名 </div> | | | | |

