

医 師 連 絡 票

坂井松涛保育園
こあらの部屋 様

病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

平成 年 月 日

お子さんの氏名	様	医師名	
下記の病名・症状番号に○印をお付けください。			
1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 消化不良 7 胃腸炎 8 自家中毒症 9 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む） 11 咽頭結膜炎	12 膿痂症 13 突発性発疹症 14 手足口病 15 伝染性紅班症 16 流行性耳下腺炎 17 水痘 18 百日咳 19 インフルエンザ 26 その他（	(病名不明のとき) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹	
現在の症状	微熱 食欲不振 倦怠感 その他（		
安静度	病後児室内安静 (床上での生活が主、他児童との静かな遊びは可) 病後児室内保育 (他児童と病後児室で普通に遊んでよい)		
食事（昼食） ○印	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 下痢食・（		
処方内容			
	次回診察予定日 月 日（		
備考	翌日も病後児保育が 1. 必要 2. 保育園に復帰		