

医 師 連 絡 票

様

病児、病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

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	
病状（○印）	1. 急性期（発熱等） 2. 回復期（解熱・微熱）		
安静度 ○ 印	1. 隔離室で隔離 2. ベッド上安静 3. 室内安静（ベッド上での生活が主、他児童との静かな遊びは可） 4. 室内保育（他児童と室内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・アレルギー食（除去内容 ）		
処方内容	次回診察予定日 月 日（ ）		
備考			