

医師連絡票

病児・病後児保育施設

あひるハウス 様

病後・病後児保育事業の利用について、下記の点について連絡します。

平成 年 月 日

ふりがな		医師名	
お子さんの名前		病院名	〒 (-)
下記の病名・病状番号に○印をおつけ下さい			
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息様気管支炎 06 消化不良症 07 感染性腸炎 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む）	11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅斑（りんご病） 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 20 その他（ ）	<病名不明のとき> <病名未定のとき> 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹 27 その他 （ ）	
病状（○印）	1 急性期（発熱など） 2 回復期（下熱・微熱など）		
安 静 度 ○印	1 ベッドに安静 2 感染室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児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 アレルギー食（除去内容 ）		
処方内容 その他			
	次回診察予定日 平成 年 月 日（ ）		
備考	明日の登園は	1 登園可 2 登園不可	（○印）
	明日の病児保育は	1 不必要 2 必要	（○印）