

医師連絡表



医院名

病児保育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

お子さんの名前()様 医師名()		
01.感冒・感冒様症候群 02. 咽頭炎 03. 扁桃腺炎 04. 気管支炎 05. 喘息・喘息様気管支炎 06. 消化不良症 07. 感冒性嘔吐症 08. 自家中毒症 09. 中耳炎・外耳炎 10. 結膜炎(はやり目を含む)	11. 膿痂疹(とびひ) 12. 突発性発疹症 13. 手足口病 14. りんご病 15. 流行性耳下腺炎 16. 麻疹(はしか) 17. 水痘 18. 百日咳 19. 風疹 27. インフルエンザ	(病名不明のときの主症状) 20. 発熱 21. 下痢 22. 嘔吐 23. 咳嗽 24. 喘鳴 25. 発疹 26. その他の病名又は症状
病状 (○印)	1急性期(発熱等)	2. 回復期(下熱・微熱)
安 静 度 ○印	1ベット安静 2室内安静(ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3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 下痢食 アレルギー食(除去内容)	
処方内容		
	次回診療予定日 月 日 ()	
備考	翌日も病児保育が 1必要 2保育所に復帰	
	1で必要に○場合 翌日の受診が必要か 1必要 2不要	