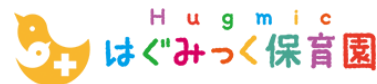


はぐみっく病児・病後児保育室 医師連絡票



医療機関 住所
 名称
 医師名 印
 電話番号

病児・病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
------	-----	------	-------

	該当する病名に○印をお願いします。		
傷 病 名	1 感冒・感冒用症候群	9 自家中毒	17 麻疹
	2 咽頭炎	10 中耳炎・外耳炎	18 水痘
	3 扁桃腺炎	11 結膜炎	19 風疹
	4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹	20 百日咳
	5 喘鳴	13 突発性発疹	21 インフルエンザ
	6 喘息性気管支炎	14 手足口病	22 溶連菌感染症
	7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑	23 外傷()
	8 感染性胃腸炎	16 流行性耳下腺炎	24 その他()
主 な 症 状	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他		
病 状 症 状 の 経 過 治 療 状 況	【症状】 1 急性期 2 回復期 (解熱・微熱) 【感染性】 1 高い 2 低い 【安静度】 1 隔離室 2 室内安静 (静かな遊び) 3 室内保育 【注意事項】 ()		
既 往 歴 性 家 族 歴	なし ・ あり ()		
アレルギ-	なし ・ あり ()		
処 方 内 容	※処方箋等 (処方内容の分かる書類) コピー添付で構いません		
病児保育室へ の 連 絡 事			

この児童は、診察の結果、上記の傷病中または傷病の回復期にあり、病児保育の <input type="checkbox"/> 利用可 <input type="checkbox"/>利用不可 ※空気感染や点滴などの治療が必要な場合は利用できません
