

医師連絡票

ろくごう病児保育室 殿
東京都大田区仲六郷4-31-16
03-5480-5088

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
FAX
医師名

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

お子さんの名前	医師名
---------	-----

下記の病名・病状番号に○印をおつけください		
01 感冒・感冒様症候群	14 伝染性紅斑(りんご病)	(病名不明のとき)
02 咽頭炎	15 流行性耳下腺炎	
03 扁桃腺炎	16 麻疹	
04 気管支炎	17 水痘	
05 喘息・喘息様気管支炎	18 百日咳	
06 消化不良症	19 風疹	
07 感冒性嘔吐症	26 その他()	
08 自家中毒症	27 インフルエンザA	
09 中耳炎・外耳炎	28 インフルエンザB	
10 結膜炎	29 A群β 溶血連鎖球菌感染症	
11 膿痂疹	30 ヘルパンギーナ	
12 突発性発疹症	31 アデノウイルス	
13 手足口病	32 RSウイルス	
	20 発熱	
	21 下痢	
	22 嘔吐	
	23 咳嗽	
	24 喘鳴	
	25 発疹	

病 状	1 急性期 (発熱等) 2 回復期(下熱・微熱等)
安静度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 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)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期・完了)・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	翌日も病児保育が 1 必要 2 保育園に復帰