

医師連絡票

令和 年 月 日

病児・病後児保育室 めくもり 御中

医療機関

所在地

電話

森町病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

お子さんの名前		医師名	
(生年月日： 年 月 日)		(印)	
病状・ 症状 (番号 に○印)	01 急性上気道炎	12 中耳炎・外耳炎	<病名不明の時> 30 腹痛症 31 嘔吐症 32 下痢症 33 発熱 34 喘鳴 35 咳 36 湿疹 37 その他 ()
	02 インフルエンザ	13 結膜炎 (流角結を含む)	
	03 急性気管支炎	14 伝染性膿痂疹	
	04 肺炎	15 溶連菌感染症	
	05 マイコプラズマ肺炎	16 突発性発疹症	
	06 気管支喘息	17 水痘	
	07 喘息気管支炎	18 おたふくかぜ	
	08 クループ性気管支炎	19 ヘルパンギーナ	
	09 RS ウイルス感染症	20 手足口病	
	10 感染性胃腸炎	21 ヘルペスウイルス感染症	
	11 細菌性腸炎	22 アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	
		23 その他 ()	
病状 (番号に○印)	1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (下痢・微熱等)		
安静度 (番号に○印)	現時点での入院の必要性は認められず 1 ベッド上安静 2 隔離室で安静 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 ・ 下痢食 ・ アレルギー食 (除去内容)		
処方内容	(次回診察予定日： 年 月 日)		
備考			

※ 医療機関の皆様へ

- この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。
- この用紙は、児童1人につき1枚を作成していただき、文書作成料として保護者に500円（税抜）を御負担いただくようお願いいたします。
- 病児・病後児保育利用中に、児童の状態が変化した場合には、施設から貴医療機関に確認等の連絡をさせていただく場合がありますので、あらかじめ御了承いただきますようお願いいたします。
- 記入についての問い合わせ先 ひだまり保育園 病児・病後児保育室 ぬくもり

電話 0538-48-7800