赤穂市病児・病後児保育事業医師連絡票

年　　　月　　　日

（実施施設の長）　　様

＜医療機関＞

所 在 地

名　 称

電話番号

担当医師名　　　　　 　㊞

下記児童が、病児・病後児保育の利用するに当たり、次のとおり連絡します。

※下記該当する事項に☑チェック、または必要事項を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児 童 氏 名 |  | 男・ 女 | 年齢 | 　　　　　　　歳 |
| 病 名・症 状 | １　急性上気道炎　　　　　　　　１０　流行性耳下腺炎２　気管支炎　　　　　　　　　　１１　麻しん（はしか）３　マイコプラズマ肺炎　　　　　１２　水痘（みずぼうそう）４　喘息・喘息性気管支炎　　　　１３　風しん５　嘔吐下痢症　　　　　　　　　１４　インフルエンザ６　感染性胃腸炎　　　　　　　　１５　溶連菌感染症７　突発性発しん　　　　　　　　１６　中耳炎８　手足口病　　　　　　　　　　１７　髄膜炎菌性髄膜炎９　伝染性紅斑（りんご病）　　　１８　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 診 療 形 態 | □外来　□往診　□入院（　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日） |
| 現在の投薬処方 | 処　　方 | 薬　剤　名 | 用　　量 | 用　　　法 |
| □あり□なし |  |  |  |
| 保育上の留意点 | □ベッド上安静□安静室で隔離□室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）□室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） |
| その他指示事項 |  |