

病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

(あて先) たちばなこどもランド

医療機関 所在地

名 称

電話番号

診断医師署名

児童の氏名	男・女			年	月	日生
保護者氏名	父： () 歳 職業 ()	母： () 歳 職業 ()				
住 所	電話番号： (自宅・実家・その他)					
緊急連絡先	勤務先：		電話番号：			
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A・B	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	病名不明の場合		
	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 発熱		
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 下痢		
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 嘔吐		
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 膿痂疹	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 咳嗽		
	<input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> 火傷	<input type="checkbox"/> 喘鳴		
	<input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 発疹		
	<input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 伝染症紅斑		<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症				
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期 (発熱等)		<input type="checkbox"/> 回復期 (解熱・微熱等)			
	入院の必要 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり			
既 往 歴						
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静		<input type="checkbox"/> 隔離室で隔離			
	<input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)					
	<input type="checkbox"/> 室内安静 (他児と室内で普通に遊んで良い)					
食事に関する特別な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ					
	<input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：)					
処 方 内 容	与薬時間 : 食前 食間 食後 その他 ()					
	薬品名・用量・用法					
その他注意事項						