

病児病後児保育室医師連絡票

前原西あわーず保育園
病児病後児保育室 設置者 様

【医療機関記入欄】

病児病後児保育室の利用について、下記の通り連絡します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地
名称
電話
F A X
担当医師

印

下記の病名,病状にレ印をつけてください		
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 気管支炎	〈病名不明のとき〉 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹
<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 上気道炎	
<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	
<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	
<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> RSウイルス	※第一種、第二種感染症は受け入れ不可	
隔離 (レ印)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	
安静度(レ印)	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベットでの生活が主、静かな遊び可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)	
食物アレルギーの有無(レ印)	<input type="checkbox"/> 有 (除去内容) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
熱性ケイレンの既往(レ印)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 今回使用したダイアアップ 1回目 月 日 時 2回目 月 日 時	
病児保育中起きた痙攣時の対応	・ダイアアップの使用 ・保護者に連絡 ・医療機関に連絡 ・その他()	
処方内容の確認	<input type="checkbox"/> くすり手帳 <input type="checkbox"/> 説明書 (薬局より発行) <input type="checkbox"/> その他 ()	
担当医師連絡欄		
	次回診察予定日 月 日 ()	

【保護者記入欄】

上記の診断を受け病児保育を申し込みます。

患者名	氏名: (男・女)	生年月日 年 月 日(歳 ヶ月)
	住所:	
	電話:	保護者名: