

平成 年 月 日

ほっと保育室 かかりつけ医連絡票

池田町長 様

医療機関 住所
 名称
 電話
 担当医師 氏名 印

次の児童による病児病後児保育の利用について、以下のとおり連絡します。
 現時点では入院の必要性は認められません。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
住所	池田町		電話番号	
病名 症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	1 2 ヘルパンギーナ		
	2 インフルエンザ () 型	1 3 流行性耳下腺炎		
	3 気管支炎	1 4 溶連菌感染症		
	4 肺炎	1 5 中耳炎・外耳炎		
	5 喘息・喘息性気管支炎	1 6 流行性角結膜炎		
	6 クループ性気管支炎	1 7 咽頭結膜熱		
	7 扁桃炎	1 8 副鼻腔炎		
	8 RSウイルス感染症	1 9 手足口病		
	9 嘔吐下痢症	2 0 水痘		
	1 0 感染性胃腸炎	2 1 骨折		
	1 1 突発性発疹	2 2 その他 ()		
	<病名不明の時>			
	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 腹痛 5 喘鳴 6 咳 7 湿疹			
	8 その他 ()			
区分	1 急性期 (病児) 2 回復期 (病後児)			
安静度	1 安静 (ベッド上) 2 室内安静 (ベッド上が主。静かな遊びは可)			
	3 室内保育 (室内で普通に遊んでよい) 4 その他 ()			
感染性	1 一般 (他児と同室可) 2 別室で保育 3 その他 ()			
食事の指示	1 なし 2 あり → 下痢食・アレルギー食 (除去内容)			
	その他 ()			
基礎疾患				
処方内容	1 薬剤情報参照 2 その他の処方			
医師所見 留意事項等				

