

# 医師連絡票

病後児保育施設

社会福祉法人 こがね保育園 様

病後児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

ふりがな		医師名	
児童名		病院名	TEL(      -      )
下記の病名・病状番号に○印をおつけ下さい			
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂症	<病名不明のとき>	
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	<病名未定のとき>	
03 扁桃炎	13 手足口病	21 発熱	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	22 下痢	
05 喘息・喘息様気管支炎	15 流行性耳下腺炎	23 嘔吐	
06 消化不良症	16 麻疹	24 咳嗽	
07 感染性胃腸炎	17 水痘	25 喘鳴	
08 自家中毒症	18 百日咳	26 発疹	
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	27 その他 (      )	
10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他 (      )		
病状(○印)	1 急性期(発熱など)	2 回復期(解熱・微熱など)	
安静度 ○印	1 ベッドに安静	2 感染室で隔離	
	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良い)		
食事(昼食) ○印	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児期		
	下痢 アレルギー食(除去内容      )		
処方内容			
その他			
	次回診察予定日	年 月 日 (      )	
備考	登園は	1. 可能	2. 不可能 (○印)
	病後児保育は	1. 利用可能 ( 月 日～)	2. 不可能 (○印)