

# 医 師 連 絡 票

様

病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

お子さんの名前	様	医師名	
下記の病名・病状番号に をおつけください			
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病名不明のとき) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹	
02 喉頭炎	12 突発性発疹症		
03 扁桃腺炎	13 手足口症		
04 気管支炎	14 伝染性紅班(りんご病)		
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		
06 消化不良症	16 麻疹		
07 感冒性嘔吐症	17 水痘		
08 自家中毒症	18 百日咳		
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む)	26 その他( )		
病状(印)	1 急性期(発熱等)	2 回復期(下熱・微熱等)	
安静度 印	1 ベッド上安静	2 隔離室で隔離	
	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よい)		
食事(昼食) 印	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食		
	下痢食・普通食		
処方内容			
	次回診察予定日 月 日( )		
備考	翌日も病児保育が 1 必要 2 こども園等に復帰(印)		