

病児保育室ひまわり 様

病児・病後児保育の利用について下記のとおり連絡します。

平成 年 月 日

御坊市・日高町・由良町・美浜町・日高川町			
お名前	様		病院・医院
	平成 年 月 日生(男・女)		医師名 Ⓜ
下記の病名・病状の番号に○をおつけください。			
01 上気道炎( )	14 麻疹	主な症状 (病名不明の場合も含む) 30 発熱 31 下痢 32 嘔吐 33 咳嗽 34 喘鳴 35 発疹 36 その他 ( )	
02 気管支炎, 肺炎	15 水痘		
03 喘息, 喘息性気管支炎	16 風疹		
04 感染性胃腸炎( )	17 百日咳		
05 ケトン血性嘔吐症	18 溶連菌感染症		
06 中耳炎	19 インフルエンザ(A・B型)		
07 結膜炎(流行性角結膜炎を除く)	20 RSV感染症		
08 膿痂疹	21 外科的疾患 ( )		
09 突発性発疹	22 その他 ( )		
10 手足口病			
11 伝染性紅斑(リンゴ病)			
12 流行性耳下腺炎			
13 アデノウイルス感染症			
病状	1. 急性期(発熱など) 2. 回復期(下熱・微熱・食欲の増加など)		
安静度	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静(ベッド上での生活が主・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)		
症状経過及び 医師の指示事項			
食事	母乳・人工乳(製品名 )・牛乳 離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 アレルギー食(除去食の内容: ) 下痢食 その他( )		
その他の 注意点	薬剤アレルギー(薬剤名: 症状 ) その他の注意すべきこと:		
与薬について	病児・病後児保育室での与薬(あり・なし) 処方内容:		
	次回受診予定	月	日
備考	翌日も病児保育が 1. 必要 2. 地域保育所に復帰		

連絡票をご記入いただくお医者様へ

この連絡票は、子育て支援の一環として日高医師会のご協力をいただいているものです。お手数をおかけしますが無料にてご記入いただきますようお願いいたします。