

病児保育 医師連絡帳

医療法人 わかな会

みどりのひだまり保育園 病児ルーム 園長宛

年 月 日

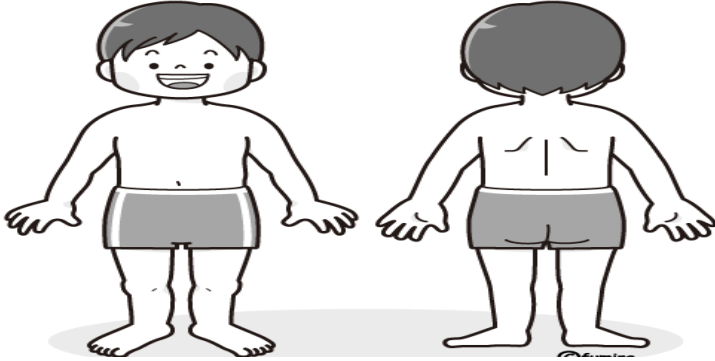
医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

下記の児童について、**病児保育が可能**であると認められますので連絡します

児童氏名	男・女	生年月日	年	月	日生 か月
児童住所	TEL				
病名 ※該当する疾患に○の記入をお願いします。	1:急性上気道炎	11:風疹			
	2:気管支炎・肺炎	12:水痘			
	3:喘息・喘息性気管支炎	13:インフルエンザ(A型・B型)			
	4:嘔吐下痢症	14:溶連菌感染症			
	5:感染性胃腸炎	15:中耳炎			
	6:突発性発疹症	16:膿痂疹			
	7:手足口病	17:咽頭結膜炎(プール熱)			
	8:流行性耳下腺炎	18:ヘルパンギーナ			
	9:RSウイルス	19:マイコプラズマ感染症			
	10:麻疹	20:その他()			
安静度	1:ベッド上安静 2:隔離室で隔離 3:室内安静(ベッドでの生活が主、静かな遊びは可) 4:室内保育(室内で普通に遊んでよい)				
全身所見					

(裏面の記入もお願いします)

病状 (○印)	1:急性期(発熱等)		2:回復期(解熱・微熱等)	
食事 (○印)	1:水分のみ 2:離乳食 (前期・中期・後期・完了期) 3:幼児食・普通食		4:下痢食 5:アレルギー除去食 (除去内容)	
処方内容				
吸入や 軟膏処置				
保育上の 留意点				

(有効期限は記入日から7日間です)