

医師連絡票

金沢医科大学病院病児保育室「すまいる」行き

病児保育の利用について、次のとおり連絡いたします。

患者氏名		男・女	生年月日	平成	年	月	日	生 日 生 （ 歳）
病名・症状 (番号に○印)	1 急性上気道炎	9 水痘						
	2 気管支炎・肺炎	10 風しん						
	3 喘息・喘息性気管支炎	11 インフルエンザ（A型・B型・型不明）						
	4 ヘルパンギーナ	12 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）						
	5 感染性胃腸炎	13 溶連菌感染症						
	6 ロタウイルス胃腸炎	14 中耳炎						
	7 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 伝染性膿痂疹						
	8 流行性耳下腺炎	16 その他（病名： _____）						
	(病名不明のとき)							
	17 発熱	18 下痢	19 嘔吐	20 咳嗽	21 喘鳴	22 発疹		
安静度 (番号に○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）							
昼食 (○印)	ミルク・牛乳・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 下痢食 アレルギー食（除去内容 _____）							
処方内容								
留意事項								
病児保育	病児保育期間：およそ _____ 日間 次回受診予定日： _____ 月 _____ 日							
医師署名	医療機関名			医師名				