

医療機関記入

年 月 日

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。

お子さんの名前		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
病名・症状 (番号に○印)	1 急性上気道炎		9 インフルエンザ(A型・B型・型不明)			
	2 気管支炎・肺炎		10 感染性胃腸炎(ノロ・ロタ・その他)			
	3 喘息・喘息性気管支炎		11 手足口病			
	4 中耳炎		12 ヘルパンギーナ			
	5 溶連菌感染症		13 水痘			
	6 アデノウイルス感染症		14 流行性耳下腺炎			
	7 RSウイルス感染症		15 その他(病名:)			
	8 ヒトメタニューモウイルス感染症					
*麻疹・急性出血性結膜炎・流行性角結膜炎・COVID-19は入室できません。						
病名不明の時	16 発熱	17 下痢	18 嘔吐	19 咳嗽	20 喘鳴	21 発疹
検査	溶連菌	(未実施 + -)	マイコプラズマ	(未実施 + -)		
	アデノウイルス	(未実施 + -)	ロタウイルス	(未実施 + -)		
	RSウイルス	(未実施 + -)	ノロウイルス	(未実施 + -)		
	ヒトメタニューモウイルス	(未実施 + -)	COVID-19	(未実施 + -)		
	インフルエンザ	(未実施 + -)	その他()	(+ -)		
部屋(○印)	1. 集団保育室		2. 隔離室			
昼食 (○印)	ミルク ・ 離乳食 ・ 幼児食 ・ 学童食 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:おおよそ____日間					
医師署名	医療機関名		医師名			