医療機関記入

西暦　　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。

患者氏名		男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日生 （　　歳）
病名・症状 （番号に〇印）	1　急性上気道炎 2　気管支炎・肺炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　ヘルパンギーナ 5　感染性胃腸炎 6　ロタウイルス胃腸炎 7　周期性嘔吐症（自家中毒症） 8　流行性耳下腺炎			9　水痘 10　風しん 11　インフルエンザ（A型・B型・型不明） 12　咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症） 13　溶連菌感染症 14　中耳炎 15　伝染性膿痂疹 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 （番号に〇印）	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 （〇印）	ミルク　・離乳食（初期・中期・後期・完了）・ 幼児食　・ 学童食 下痢食　　アレルギー食（除去内容　　）その他（　　）			
処方内容				
留意事項				
病児保育	病児保育期間：およそ＿＿＿日間			
医師署名	医療機関名　　医師名			