

B

## 医師連絡票

登録番号

※

実施施設の長 様

串間市病児保育事業の利用について、下記の点について連絡します。

※は記載不要です。

記入日

年

月

日

児童氏名		年齢		医師名		
		歳	ヶ月	印		
下記の病名・病状番号に○印をつけてください。						
1	喘息性気管支炎	12	消化不良症	23	ヘルパンギーナ	
2	急性気管支炎	13	水痘	《病名不明のとき》		
3	気管支喘息	14	風疹	24	発熱	
4	感冒	15	急性上気道炎	25	頭痛	
5	インフルエンザ A・B	16	溶連菌感染症	26	咳・鼻汁	
6	咽頭炎	17	突発性発疹	27	下痢	
7	扁桃炎	18	手足口病	28	嘔吐	
8	ウイルス性胃腸炎	19	伝染性膿痂疹	29	食物アレルギー	
9	流行性耳下腺炎	20	流行性角結膜炎	《その他》		
10	嘔吐下痢症	21	咽頭結膜熱			
11	周期性嘔吐症	22	中耳炎・外耳炎			
安静度	○印	1	静養室で、室内安静保育			
		2	室外で、散歩や遊具遊びできる			
		3	隔離室で隔離			
食事(昼食)	○印	ミルクのみ(薄める割合 / ) ・ ミルク(薄める割合 / )と離乳食				
		離乳食のみ ・ 幼児食 ・ 下痢食( )				
		アレルギー食(除去内容 )・その他( )				
		2日目以降の食事		備考		
備考	○印	翌日 1 病児保育が必要		2 通園(通学)復帰可能		

投薬依頼書		※薬受領者	※投薬者
病児保育で内服する薬の名前			※保護者名
薬の種類	抗生物質・解熱剤・制吐剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬 外用薬・その他( )		
薬の時間	昼食前・昼食後・食間・その他( )		
薬の剤形	粉薬(1回 包)・錠剤(1回 個)	水薬(1回 メモリ)	
	外用薬・その他( )	※薬局名 (1回 メモリ)確認者	
頓服薬	薬名 ----- (どのような時に使用するか)		
座薬	薬名 ----- (どのような時に使用するか)		
その他			次回受診日 月 日