

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 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()	
備考 ○印	2日目以降の食事 備考	
	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