

国立市 病児・病後児保育医師連絡票

記入日 年 月 日

医療機関 住所

名称

電話番号

医師名

病児・病後児保育室の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	国立市	在籍施設	(保育所等・幼稚園・小学校名)
	フリガナ 保護者氏名		電話番号	

医師記入欄	病児・病後児	1 病児 2 病後児 (※病児・病後児のいずれかに○をしてください)		
	安静度・隔離	1 室内保育 2 隔離が必要(※病児保育のみ利用可)		
	病名	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・上気道炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喘息発作・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (ウイルス・細菌・マイコプラズマ) (咽頭結膜熱)	() <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎		
	既往歴	熱性痙攣既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	病状の経過 治療状況等	発症日： 月 日 家族内感染 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 経過：		
	処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他()		
薬品名・用量・用法(コピー添付も可)				
食事に 関する指示	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 胃腸炎の食事 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容) <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他 注意事項				