

病児保育 医師連絡票

医療法人 清信会
キッズケアにじいろ 苑医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

病児保育事業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

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	〒		
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない)	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> インフルエンザA	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザB	<input type="checkbox"/> 麻疹
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 風疹
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	(<input type="checkbox"/> オタ <input type="checkbox"/> アデノ <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 百日咳		
<input type="checkbox"/> その他 (主な症状:)
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
迅速検査の実施状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査結果:)		
隔離の必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(静かな遊びは可) ※短時間の外気浴 可・不可 <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい) ※短時間の外気浴 可・不可 ※印の可・不可いずれかに○をつける		
食事	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 幼児食・常食 <input type="checkbox"/> 易消化食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容:)		
処方内容 ・その他	<input type="checkbox"/> 特記すべき事項はありません <input type="checkbox"/> 投薬はお薬手帳のとおりです		
	生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況、注意事項など		