

医師連絡票

松田小児科医院 病児保育室ひまわりるーむ 行

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

名前 生年月日 令和 年 月 日 (才)

下記の病名・病状番号に○印をお付けください

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 感冒、感冒症候群 | 11. 伝染性膿痂疹 |
| 2. 咽頭炎（ヘルパンギーナ含む） | 12. 突発性発疹症 |
| 3. 扁桃腺炎 | 13. 手足口病 |
| 4. 気管支炎 | 14. 伝染性紅斑 |
| 5. 喘息、喘息性気管支炎 | 15. 流行性耳下腺炎 |
| 6. マイコプラズマ感染症 | 16. 麻疹 |
| 7. 急性胃腸炎（ロタ その他） | 17. 水痘 |
| 8. 自家中毒症 | 18. 百日咳 |
| 9. 中耳炎・外耳炎 | 19. 風疹 |
| 10. 結膜炎（流行性角結膜炎を含む） | 20. インフルエンザ(A型、B型) |

<病名不明の時>

- | | | | | | |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 21. 発熱 | 22. 下痢 | 23. 嘔吐 | 24. 喘鳴 | 25. 発疹 | 26. 咳嗽 |
| 27. その他() | | | | | |

症状(○印) 1. 急性期(発熱、嘔吐など) 2. 回復期(微熱、下痢など)

安静度(○印) 1. ベッド上安静 2. 室内安静 3. 室内保育

部屋(○印) 1. 保育室利用 2. 隔離室利用

処方内容

留意事項(検査結果など)

医師署名欄 医師名

病院名