

中通総合病院 病児保育利用連絡票

(宛先) 中通総合病院 病児保育室管理者

|       |     |   |
|-------|-----|---|
| 医療機関  | 所在地 |   |
|       | 名称  |   |
|       | 電話  |   |
| 担当医師名 | 氏名  | 印 |

次のとおり現時点で入院の必要は認められないため、病児保育室が利用可能であることを連絡します。

【医療機関記入欄】

|                            |                                                                                 |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|--------|
|                            |                                                                                 |                                 | 記入日                                                                           | 令和    | 年 | 月 | 日      |
| 患者氏名                       |                                                                                 | 生年月日                            | 平成・令和                                                                         | 年     | 月 | 日 | 男<br>女 |
| 病名・病状<br>(番号に○)            | 01 急性上気道炎                                                                       | 08 溶連菌感染症                       | <病名不明のとき><br>14 発熱<br>15 下痢<br>16 嘔吐<br>17 咳嗽<br>18 喘鳴<br>19 発疹<br>20 その他 ( ) |       |   |   |        |
|                            | 02 気管支炎、肺炎                                                                      | 09 咽頭結膜熱                        |                                                                               |       |   |   |        |
|                            | 03 喘息・喘息性気管支炎                                                                   | 10 膿痂疹                          |                                                                               |       |   |   |        |
|                            | 04 感染性胃腸炎                                                                       | 11 インフルエンザ (A・B)                |                                                                               |       |   |   |        |
|                            | 05 水痘                                                                           | 12 ヘルパンギーナ                      |                                                                               |       |   |   |        |
|                            | 06 流行性耳下腺炎                                                                      | 13 その他                          |                                                                               |       |   |   |        |
|                            | 07 中耳炎、外耳炎                                                                      | ( )                             |                                                                               |       |   |   |        |
|                            |                                                                                 |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
| 経過                         |                                                                                 |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
| 処方内容                       | (内服薬の他に、吸入や坐薬等で保育中に必要がある場合もご記入ください)                                             |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
| 次回診察予定                     | 無・有 ( 月 日 ) その他 ( )                                                             |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
| 特記すべき<br>既往歴               | 無・有 熱性けいれん ( 回 ) ・喘息・食物アレルギー (備考へ記載) ・その他 (備考へ記載)<br>不明 (初めての受診などで既往を把握していない場合) |                                 |                                                                               |       |   |   |        |
| 保育上の留意<br>事項 (指示が<br>あれば○) | ベッド上安静                                                                          | 室内安静<br>(ベッド生活が主、他<br>児と静かな遊び可) | 室内保育<br>(他児童と室内で普通<br>に遊んでよい)                                                 | 隔離の要否 |   |   |        |
|                            |                                                                                 |                                 |                                                                               | 要 ・ 否 |   |   |        |
| 備考 (その他<br>注意事項)           |                                                                                 |                                 |                                                                               |       |   |   |        |

※  医療機関記入