

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 女
病名・病状 (番号に○)	01 急性上気道炎	08 溶連菌感染症	<病名不明のとき> 14 発熱 15 下痢 16 嘔吐 17 咳嗽 18 喘鳴 19 発疹 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 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) 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 事項 (指示が あれば○)	ベッド上安静	室内安静 (ベッド生活が主、他 児と静かな遊び可)	室内保育 (他児童と室内で普通 に遊んでよい)	隔離の要否
				要 ・ 否
備考 (その他 注意事項)				

※ 医療機関記入