

医師連絡票

(病児・病後児保育診療情報提供書)

清須市長 様

保護者記載欄	
保護者名	
児童名	
生年月日	年 月 日生

標記の児童の診察情報について下記のとおり提供します。

記

医師記載欄		
※ 該当する病名、症状に「レ」チェックをお願いします。		
<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症状群 <input type="checkbox"/> いん頭炎 <input type="checkbox"/> へん桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性おう吐症 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅はん <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> インフルエンザ		
《病名不明のとき》 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おうと <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> ぜい鳴 <input type="checkbox"/> 発しん その他()		
《病児保育で預かれない疾患》 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		
病状 (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期	
安静度 (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベットでの生活が主他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	
食事(昼食) (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容:)	
処方内容	薬品名	用量
	<input type="checkbox"/> 別紙参照(薬情・処方薬・薬手帳等)	
備考	連絡票有効期限 () 日間 ※7日間を限度とします。 翌日も病児・病後児保育が <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 保育園等に復帰 次回診察予定日 月 日 ()	
	※ その他、お気づきのことをご記入をお願いします。	

年 月 日

医療機関名
医師名
所在地



電話

(自署の場合、押印不要)