

医師連絡票

京都民医連中央病院
病児保育所おりーぶ保育園
宛

病児病後児保育の利用を許可し、下記の点について連絡します。

子どもの名前	西暦 20 年 月 日生まれ(歳 カ月)		
下記の病名・症状番号に○をつけてください。			
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	《病名不明のとき》	
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	21 発熱	
03 扁桃炎	13 手足口病	22 下痢	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	23 嘔吐	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	24 咳	
06 消化不良症	16 麻疹	25 喘鳴	
07 感冒性嘔吐症	17 水痘	26 発疹	
08 自家中毒症	18 百日咳		
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む)	20 インフルエンザ	27その他()	
症状 (○印)	1. 急性期 (発熱等) 2. 回復期 (解熱・微熱等)		
安静度 (○印)	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事(昼食) (○印)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・普通食 下痢食()・アレルギー食(除去内容)		
処方内容 (与薬等) (処方箋コピー可)			
	次回診察予定日 月 日()		
備考			

西暦 20 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

担当医氏名