

# 〈医師連絡票〉

病児保育室 ほっとルーム 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。

年 月 日

お子様の名前	様	生年月日	年 月 日
下記の病名・病状( )内に○印をおつけください			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感冒・感冒様症候群</li> <li>・ 咽頭炎（ヘルパンギーナ含む）</li> <li>・ 扁桃炎</li> <li>・ 溶連菌感染症</li> <li>・ 気管支炎</li> <li>・ 肺炎</li> <li>・ マイコプラズマ感染症</li> <li>・ 喘息様気管支炎</li> <li>・ 喘息</li> <li>・ 急性胃腸炎（ロタ その他）</li> <li>・ 中耳炎</li> <li>・ アセトン血性嘔吐症</li> <li>・ 結膜炎（アデノ その他）</li> <li>・ 水痘</li> <li>・ 伝染性膿痂疹</li> <li>・ 突発性発疹症</li> <li>・ 手足口病</li> <li>・ 流行性耳下腺炎</li> <li>・ インフルエンザ（A型 B型）</li> <li>・ 百日咳</li> <li>・ 風疹</li> <li>・ 麻疹</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>			
病状（○印）	1 急性期	2 回復期	<病名不明のとき>
食事（昼食）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 水分のみ</li> <li>・ 離乳食（前期・中期・後期・完了期）</li> <li>・ 幼児食</li> </ul>		
（○印）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下痢食</li> <li>・ アレルギー食（除去内容）</li> </ul>		
処方内容			
留意事項			
医師署名	医師名	医院名	