

# B

## 医師連絡票

登録番号

※

実施施設の長 様

串間市病児保育事業の利用について、下記の点について連絡します。

※は記載不要です。

記入日

年

月

日

児童氏名		年齢		医師名	
		歳	ヶ月	印	
下記の病名・病状番号に○印をつけてください。					
1	喘息性気管支炎	12	消化不良症	23	ヘルパンギーナ
2	急性気管支炎	13	水痘	《病名不明のとき》	
3	気管支喘息	14	風疹	24	発熱
4	感冒	15	急性上気道炎	25	頭痛
5	インフルエンザ A・B	16	溶連菌感染症	26	咳・鼻汁
6	咽頭炎	17	突発性発疹	27	下痢
7	扁桃炎	18	手足口病	28	嘔吐
8	ウイルス性胃腸炎	19	伝染性膿痂疹	29	食物アレルギー
9	流行性耳下腺炎	20	流行性角結膜炎	《その他》	
10	嘔吐下痢症	21	咽頭結膜熱		
11	周期性嘔吐症	22	中耳炎・外耳炎		
安静度	○印	1	静養室で、室内安静保育		
		2	室外で、散歩や遊具遊びできる		
		3	隔離室で隔離		
食事(昼食)	○印	ミルクのみ(薄める割合 / )・ミルク(薄める割合 / )と離乳食			
		離乳食のみ・幼児食・下痢食( )			
		アレルギー食(除去内容 )・その他( )			
		2日目を降の食事 備考			
備考	○印	翌日	1 病児保育が必要	2 通園(通学)復帰可能	

投薬依頼書		※薬受領者	※投薬者
病児保育で内服する薬の名前		※保護者名	
薬の種類	抗生物質・解熱剤・制吐剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬 外用薬・その他( )		
薬の時間	昼食前・昼食後・食間・その他( )		
薬の剤形	粉薬(1回 包)・錠剤(1回 個)	水薬(1回 メモリ)	
	外用薬・その他( )	※薬局名 (1回 メモリ)確認者	
頓服薬	薬名 ..... (どのような時に使用するか)		
座薬	薬名 ..... (どのような時に使用するか)		
その他			次回受診日 月 日