

宝塚いろのま園医師連絡票

宝塚いろのま園 病児保育室殿

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

お子さんの名前	殿	性別 生年月日	男 女 年 月 日
---------	---	------------	--------------

下記の病名・病状番号に○印をおつけください。

01 感昌・感昌様症候群	11 膿痂疹	<病名不明のとき> 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹 28 その他 () ※麻疹・疥癬・シラミ・ノロウィルス ・ロタウィルス・流行性角結膜炎 の場合ご利用いただけません。
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	
03 扁桃腺炎	13 手足口病	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
06 消化不良症	16 インフルエンザ	
07 感昌性嘔吐症	17 水痘	
08 自家中毒症	18 百日咳	
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
10 結膜炎 (流行性の場合不可)	20 溶連菌感染症 21 ヘルパンギーナ	

病状(○印)	1. 急性期(発熱等) 2 回復期(下熱・微熱等)
--------	--------------------------------

安静度	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)
--	-------------------------------

○印	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)
----	------------------------

食事(おやつ)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食
---------	----------------------------

(昼食は持参)	下痢食・アレルギー食(除去内容)
---------	-------------------

薬剤の処方	1 なし 2 あり 薬剤名(
-------	-------------------

	タイミング 食前・食中・食後 その他()
--	-----------------------

処方内容	
------	--

	次回診察予定日 月 日
--	------------------

備考	翌日も病児保育が 1 必要 ()日程度 2 保育所に復帰可
----	--------------------------------------

<医療機関>	所在地 名称 電話番号 担当医師名	印
--------	----------------------------	---