

様式第4号 (第8条関係)

病児・病後児保育事業医師連絡票

年 月 日

株式会社たじつや病児・病後児保育 殿

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 診断医師署名

児童の氏名	男・女		年 月 日生 (才)
保護者の氏名	父： () 歳 職業 ()	母： () 歳 職業 ()	
住 所	電話番号： (父・母・自宅)		
緊急連絡先	勤務先：	電話番号：	
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 細菌性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> その他()		～解熱後2日目以降利用可～ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期 (発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期 (解熱・微熱等)		
感 染 症	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い		
既 往 歴	熱性けいれん： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他()		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)		
安静日数	<input type="checkbox"/> 1～2日間 <input type="checkbox"/> 2～3日間 <input type="checkbox"/> 3～4日間 <input type="checkbox"/> 5日間 安静が必要		
食事に関する特別な指示	留意点： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：)		
処 方 内 容	与薬時間： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	薬品名/用量/用法		

病児保育室 ・ 病後児保育室 の利用が可能です。

※診断の際、○をお願いいたします。