

医師連絡票 (Doctor communication vote)

病児 保育実施施設長様
病後児

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供し、入院の必要性はないと診断いたします。

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称 所在地
医師氏名
電話番号

患者氏名	性 別		男 ・ 女
患者生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
病名 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	12 結核	22 とびひ
	02 中耳炎・外耳炎	13 流行性角結膜炎	23 りんご病
	03 気管支喘息	(はやり目)	24 R S ウイルス
	04 急性上気道炎	14 急性出血性結膜炎	25 新型コロナウイルス
	05 喘息様気管支炎	15 急性気管支炎	<病名不明のとき>
	06 インフルエンザ	16 腸管出血性大腸炎	26 発熱
	07 百日咳	(O-157, O-26 など)	27 下痢
	08 風疹	17 溶連菌感染症	28 嘔吐
	09 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	18 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ)	29 咳嗽
	10 水痘	19 手足口病	30 喘鳴
	11 咽頭結膜炎 (アデノウイルス)	20 ヘルパンギーナ	31 発疹
	21 マイコプラズマ	32 その他 ()	
病児・病後児保育の 利用可否 (○印)	1 可 (治療中 ・ 回復期)		2 否
隔離の必要 (○印)	1 あり		2 なし
安静度	1 ベッド上安静	2 室内安静 (ベッド上が主、他児との静かな遊びは可)	3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
処方内容その他注意 事項など	<input type="checkbox"/> 特記すべき事項はありません <input type="checkbox"/> 投薬は薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり <input type="checkbox"/> その他		
食事	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食 (前期・中期・後期) 03 幼児食	04 下痢食 05 アレルギー食 (除去内容)	
その他指示事項			
病児・病後児保育を 必要とする期間	月 日から 月 日まで (日間) ※ 7日間以内となっています。		