

医 師 連 絡 票

年 月 日

三 島 市 長 様

三島市病児保育事業の利用にあたり、下記の点について連絡します。

児 童 氏 名		
下記の病名・症状番号に○印をおつけください。		
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 ヘルパンギーナ 04 気管支炎 05 喘息 06 喘息様気管支炎 07 溶連菌感染症 08 流行性嘔吐症 09 ヒトメタニューモウイルス 10 中耳炎・外耳炎 11 結膜炎(流角結を含む) 12 伝染性膿痂疹(とびひ) 13 突発性発疹症	14 手足口病 15 伝染性紅斑(りんご病) 16 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 17 インフルエンザ 18 水痘 19 風疹 20 アデノウイルス感染症 21 RSウイルス感染症 22 マイコプラズマ感染症 23 ロタウイルス感染症 24 ノロウイルス感染症 25 その他()	<病名不明のとき> 01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳嗽 05 喘鳴 06 発疹 07 その他 ()
症 状 (○印)	1 急性期	2 回復期
安 静 度 (○印)	1 ベッド上で安静 2 隔離室で隔離 3 室内で安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内で保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
食 事 (昼食) (○印)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 下痢食・アレルギー食(除去内容)	
処 方 内 容		
次回診察予定日	年 月 日	
医 療 機 関	1. (所在地) 2. (名称) 3. (医師名) 印	