

# 医師連絡票

荒井クリニック KidsMedicalStation

〒143-0024 東京都大田区中央7-15-14

医療機関名：

TEL： 03-3751-0390

所在地：

FAX： 03-3751-0515

TEL：

E-mail： arai@gate01.com

医師名：

URL： <http://www.arai-clinic.jp>

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

平成 年 月 日

お子さんの名前	様	医師名	
下記の病名・病状番号に○印をおつけください			
1. 感冒・感冒様症候群 2. 咽頭炎 3. 扁桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息様気管支炎 6. 中耳炎・外耳炎 7. 結膜炎（流角結を含む） 8. 膿痂疹 9. 突発性発疹症 10. 伝染性紅斑（りんご病） 11. 流行性耳下腺炎 12. 水痘	13. 麻疹 14. 風疹 15. 百日咳 16. A群β溶血連鎖球菌感染症 17. 手足口病 18. ヘルパンギーナ 19. アデノウイルス感染症 20. ウィルス性胃腸炎 21. 感染性胃腸炎 22. インフルエンザ（A・B） 23. RSウイルス感染症 24. ヒトメタニューモウイルス感染症 25. マイコプラズマ感染症 33. その他（ ）	<病名不明のとき> 26. 発熱 27. 下痢 28. 嘔吐 29. 嘔吐・下痢 30. 咳嗽 31. 喘鳴 32. 発疹	
病状（○印）	1 急性期（発熱等）                      2 回復期（解熱・微熱等）		
安静度 ○印	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） 4. 室内保育（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・完了） 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 月 日（ ）
備考	翌日も病児保育が 1必要                      2保育所に復帰（○印）		

※ 以下は、児童の保護者をご記入ください。

基礎疾患 ・既往歴 ・現在治療中の疾患等	有・無（有の場合） 疾患名： 診断を受けた病院名：
現在の状況 ・保育上の留意点等	治療中（治療法：） 経過観察中
保育上の留意点	