

医師連絡票

荒井クリニック Kids Medical Station

〒143-0024

東京都大田区中央 7-15-14

TEL : 03-3751-0390

FAX : 03-3751-0515

E-mail : arai@gate01.com

URL : http://www.arai-clinic.jp

医療機関名 :

所在地 :

TEL :

医師名 :

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

令和 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			
01 感冒・感冒様症候群	13 麻疹	14 風疹	15 百日咳
02 咽頭炎	16 A群β溶血連鎖球菌感染症		
03 扁桃腺炎	17 手足口病		
04 気管支炎	18 ヘルパンギーナ		
05 喘息・喘息様気管支炎	19 アデノウイルス感染症		
06 中耳炎・外耳炎	20 ウィルス性胃腸炎		
07 結膜炎（流角結を含む）	21 感染性胃腸炎		
08 膿痂疹	22 インフルエンザ（A・B）		
09 突発性発疹症	23 RSウイルス感染症		
10 伝染性紅斑（りんご病）	24 ヒトメタニューモウイルス感染症		
11 流行性耳下腺炎	25 マイコプラズマ感染症		
12 水痘	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	