

養父市病児保育医師連絡票（病児保育センター利用）

年 月 日

養父市長 様

医療機関 所在地
 名称
 医師氏名
 電話番号

㊞

下記児童については、以下のとおり診断し必要な情報を連絡します。

利用児童	氏名	生年月日		年 月 日
	性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
保護者氏名	住所 (電話番号)		()	
該当箇所□に✓を付けてください。				
<input type="checkbox"/> 入院の必要はなく、養父市病児保育の利用が可能な状態と認める				
病名等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 乳児下痢嘔吐症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患 発症期、回復期 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱、アデノウイルス) <input type="checkbox"/> 膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎(はやり目)	
	※感染性下痢症及び麻疹(はしか)については病児保育の受入対象外です。 (病名不明のとき) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()			
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静(主にベッドの上の生活、静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んで良い) <input type="checkbox"/> 別室保育(他児への感染を防ぐため別室にて保育)			
薬剤の処方	処方	薬剤名	用量	用法
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
配慮を要する事項				