

千歳市病児・病後児保育医師連絡書

千歳市長様

病児・病後児保育の利用が適当と認められるため、次のとおり連絡します。

児 童 の 名 前		性別	男 ・ 女
児童の生年月日	平成・令和 年 月 日		
該当する病名又は症状（該当番号に○）			
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・喘息性気管支炎 6 消化不良症 7 感冒性嘔吐症 8 自家中毒症 9 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む）		11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅班（りんご病） 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 26 その他（	病名不明のとき 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹 ）
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院（令和 年 月 日～令和 年 月 日）		
既往歴、治療経過、及び症状経過			
現在の投薬処方			
利用上の留意事項			
保育に関する意見	病児・病後児保育が必要（ 日程度）		
安 静 度 （該当番号に○）	1 ベッド上安静 2 隔離室で他児と隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びが可能） 4 室内保育（他児と室内での普通の遊びが可能）		
食事（昼食） （該当項目に○）	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		
その他指示			次回診察予定日 月 日（ ）

令和 年 月 日
医療機関名
所 在 地
電話番号
医師氏名