

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	11 膿痂疹	病名不明のとき	
2 咽頭炎	12 突発性発疹症		
3 扁桃腺炎	13 手足口病		20 発熱
4 気管支炎	14 伝染性紅班(りんご病)		21 下痢
5 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		22 嘔吐
6 消化不良症	16 麻疹		23 咳嗽
7 感冒性嘔吐症	17 水痘		24 喘鳴
8 自家中毒症	18 百日咳		25 発疹
9 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む)	26 その他()		
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な遊びが可能)		
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