

播磨町病後児保育医師連絡票

令和 年 月 日

事業実施施設長 様

病児保育の利用について、次のとおり連絡します

児 童 氏 名	平成・令和 年 月 日生																																				
該当するものに○をつけてください																																					
<p><疾 患 名></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">咽頭炎・扁桃腺炎</td> <td style="width: 33%;">突発性発疹</td> <td style="width: 33%;">中耳炎</td> </tr> <tr> <td>気管支炎</td> <td>手足口病</td> <td>結膜炎</td> </tr> <tr> <td>肺炎</td> <td>ヘルパンギーナ</td> <td>流行性耳下腺炎</td> </tr> <tr> <td>喘息・喘息様気管支炎</td> <td>伝染性紅斑</td> <td>咽頭結膜炎</td> </tr> <tr> <td>乳児下痢嘔吐症</td> <td>麻疹</td> <td>膿痂疹</td> </tr> <tr> <td>感染性下痢症</td> <td>水痘</td> <td>骨折</td> </tr> <tr> <td>インフルエンザ様疾患</td> <td>風疹</td> <td>火傷</td> </tr> <tr> <td colspan="3">その他()</td> </tr> </table> <p><症 状></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">発熱</td> <td style="width: 12.5%;">下痢</td> <td style="width: 12.5%;">嘔吐</td> <td style="width: 12.5%;">咳嗽</td> <td style="width: 12.5%;">喘鳴</td> <td style="width: 12.5%;">発疹</td> </tr> <tr> <td colspan="6">その他()</td> </tr> </table>		咽頭炎・扁桃腺炎	突発性発疹	中耳炎	気管支炎	手足口病	結膜炎	肺炎	ヘルパンギーナ	流行性耳下腺炎	喘息・喘息様気管支炎	伝染性紅斑	咽頭結膜炎	乳児下痢嘔吐症	麻疹	膿痂疹	感染性下痢症	水痘	骨折	インフルエンザ様疾患	風疹	火傷	その他()			発熱	下痢	嘔吐	咳嗽	喘鳴	発疹	その他()					
咽頭炎・扁桃腺炎	突発性発疹	中耳炎																																			
気管支炎	手足口病	結膜炎																																			
肺炎	ヘルパンギーナ	流行性耳下腺炎																																			
喘息・喘息様気管支炎	伝染性紅斑	咽頭結膜炎																																			
乳児下痢嘔吐症	麻疹	膿痂疹																																			
感染性下痢症	水痘	骨折																																			
インフルエンザ様疾患	風疹	火傷																																			
その他()																																					
発熱	下痢	嘔吐	咳嗽	喘鳴	発疹																																
その他()																																					
安 静 度	室内安静 (主にベッド上の生活、静かな遊びは可) 室内保育 (普通に遊んでよい)																																				
薬剤の処方	なし・あり (薬剤名：) (与薬の方法：)																																				
配慮を要する事項																																					
医療機関名	_____																																				
所在地	_____																																				
T E L	_____																																				
担当医師名	_____ ㊟																																				
※証明書の有効期限 今回のみ ・ 次回受診日(月 日)まで																																					