

伊予市病児・病後児保育事業 医師連絡票

伊予市長 様

伊予市病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり治療経過等の情報を提供します。

年 月 日

ふりがな お子さまの 名前	さん	紹介元医療機関	
		所在地	
		名称	
		担当医師名	
下記の病名・病状番号に○印をお付けください。			
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 小児嘔吐下痢症 07 自家中毒症 08 中耳炎・外耳炎 09 結膜炎(流角結を含む)	10 膿痂疹 11 突発性発疹症 12 手足口病 13 ヘルパンギーナ 14 流行性耳下腺炎 15 百日咳 16 インフルエンザA型 17 インフルエンザB型 18 アデノウイルス 19 溶連菌感染症 20 RSウイルス感染症 21 ヒトメタニューモウイルス感染症 22 風疹 23 ムンプス(おたふくかぜ) 24 その他	〈病名不明のとき〉 25 発熱 26 下痢 27 嘔吐 28 咳 29 喘鳴 30 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 隔離室で安静 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 ・ 離乳食(初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) 普通食 ・ 下痢食(軟飯食 ・ おかゆ ・ 流動食) アレルギー食(除去内容:)		
薬の処方	無 有 (薬の名前) (与薬方法)		
処置内容			
備考	次回診察予定日 月 日()		