

養父市病後児保育医師連絡票

平成 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

印

病後児保育の利用について、必要な情報を下記のとおり連絡します。

利用児童	氏名	生年月日		平成 年 月 日	
	性別	男・女		年 齢 ( 歳 ヶ月)	
保護者氏名	住 所 (電話番号)		( )		
病 名 等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 乳児下痢嘔吐症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 感染性下痢症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 膿痂疹		
	(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)				
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					

証明書の有効期限	<input type="checkbox"/> ・今回のみ <input type="checkbox"/> ・次回受診日 ( 月 日まで)
----------	---