様式第３号

# 医　師　連　絡　票

| | | |
|---|---|---|
| 児　童　名 | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 泉大津市 | |

| | |
|---|---|
| 傷病名 | ※該当する項目に○印を<br>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<br>６気管支喘息・喘息性気管支炎　７感冒性嘔吐症　８消化不良　９自家中毒<br>10中耳炎・外耳炎　11膿痂疹（とびひ）　12突発性湿疹　13手足口病<br>14伝染性紅斑（りんご病）　15流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　16麻疹<br>17水痘　18風疹　19百日咳　20骨折　21火傷<br>22その他（　　） |
| 隔離の要否 | 要　・　不要（回復期のため入室は差し支えありません） |
| 安静度<br>（○印） | １　室内保育（室内で普通に遊んでよい）<br>２　室内安静（室内で静かな遊びは可）<br>３　ベット上安静<br>４　その他（　　） |
| 食事<br>（○印） | １　普通食　　３　離乳食（ 初期 ・ 中期 ・ 後期 ）<br>２　ミルク　　４　下痢食（ 軽症 ・ 中等度 ）<br>＜アレルギー食＞<br>（除去内容：　　） |
| 与薬 | 病後児保育室での与薬　（ 有 ・ 無 ）<br>処方　１．（　　）<br>２．（　　）<br>３．（　　） |
| 指示事項 | |

年　　月　　日

病後児保育の利用について、上記の点について連絡します。

医療機関所在地及び名称

医師名　　㊞