医 師 連 絡 票

医療法人 みらいのたからもの
つくばキッズクリニック
　病児保育室 こびとさんのおうち　様

病児保育の利用について、下記の点について連絡いたします。

令和　　年　　月　　日

お子さんのお名前	

下記の病名・病状に〇をおつけください。

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. 消化不良症 07. 感冒性嘔吐症 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. 伝染性紅斑(りんご病) 14. 流行性耳下腺炎 15. 麻疹 16. 水痘 17. 百日咳 18. 風疹 19. インフルエンザ(A・B) 20. 骨折(　　)	【病名が不明の時】 21. 発熱 22. 下痢 23. 嘔吐 24. 咳嗽 25. 喘鳴 26. 発疹 27. その他 (　　)

症状(〇印)	1. 急性期(発熱等)	2. 回復期(解熱・微熱等)
安静度(〇印)	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 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良い)	
食事(〇印)	1. ミルク 2. 離乳食(前期・中期・後期) 3. 普通食 4. 下痢食	5. アレルギー食 (除去内容：　　) 6. 水分指示(　　) 7. その他の指示(　　)
処方内容	特記すべきことがありましたら記入をお願いいたします。 ※院外処方の場合は、薬局発行の調剤処方の写しを保護者が添付してください。	
その他		

令和　　年　　月　　日

診断の結果、現時点での入院の必要は認められません。

医療機関名及び診断医師署名：

電話番号：

印