

医師連絡票

旭川ままのわ保育園長宛

旭川ままのわ保育園内、病児・病後児保育事業利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

| | | | |
|----------|--|------|--------|
| 児童氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住 所 | 電 話 番 号 | | |
| 病名等 | <input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ____型 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症） <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <u>※麻疹、水痘、シラミ、疥癬について受入不可</u> | | |
| 病名不明の時 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 隔離の必要性 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし | | |
| 入院の必要性 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし※入院が必要な場合、受入不可 | | |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上での生活が主） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い） | | |
| 薬剤の処方 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名（ ） 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 配慮を要する事項 | | | |
| 上記の症状は | 1. 感冒、消化不良症（多症候性下痢）等児童が日常罹患する疾病 2. 流行性耳下腺炎、風疹等の伝染性疾患 3. 喘息等の慢性疾患 4. 熱湯等の外傷性疾患 により紹介します。 | | |
| 利用する期間 | 年 月 日 | 日～ | 月 日 |
| | 年 月 日 <医療機関> 所在地 名 称 電 話 番 号 担当医師氏名 印 | | |