

病児・病後児保育 医師連絡票〈山梨県〉

年 月 日

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名		性別	生年月日	
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳 か月	
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎、扁桃炎含む)			<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス
	<input type="checkbox"/> 気管支炎			<input type="checkbox"/> 突発性発疹
	<input type="checkbox"/> 肺炎			<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 喘息			<input type="checkbox"/> 風疹
	<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎			<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ			<input type="checkbox"/> インフルエンザ A型
	<input type="checkbox"/> 手足口病			<input type="checkbox"/> インフルエンザ B型
	<input type="checkbox"/> 中耳炎			<input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明
	<input type="checkbox"/> 外耳炎			<input type="checkbox"/> RSウイルス
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎			<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス
	<input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症			<input type="checkbox"/> マイコプラズマ
	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)			<input type="checkbox"/> アデノウイルス
	<input type="checkbox"/> 百日咳			<input type="checkbox"/> パラインフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく風邪)			<input type="checkbox"/> 溶連菌
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎			<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)			
	<input type="checkbox"/> 骨折			
	症状		<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()	
利用区分		<input type="checkbox"/> 病児(急性期) <input type="checkbox"/> 病後児(回復期)		
隔離の必要性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
指示事項 ※配慮を要する事項 等を記入ください。				
投薬	投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する		
診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。				
医療機関名 電 話 番 号 診断医師名				