医　師　連　絡　票

令和　　年　　月　　日

（あて先）　キッズハウスおおかば病児保育室

病院名

医師名

病児保育の利用にあたり、下記の点について連絡します。

お子さんの名前		
下記の病名　・　症状番号に○印をおつけください		
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　嘔吐下痢症 ０７　自家中毒症 ０８　中耳炎・外耳炎 ０９　結膜炎 １０　膿痂疹（とびひ）	１１　突発性発疹症 １２　手足口病 １３　伝染性紅斑（りんご病） １４　流行性角結膜炎 １５　流行性耳下腺炎 １６　麻疹（はしか） １７　水痘 １８　百日咳 １９　風疹 ２０　インフルエンザ	２１　その他 （　　） ＜病名不明のとき＞ ２２　発　熱 ２３　下　痢 ２４　嘔　吐 ２５　咳　嗽 ２６　喘　鳴 ２７　発　疹 ２８　その他 （　　）
病　　状 ○印	１　急性期（発熱等）　　２　回復期（下熱・微熱等）	
安　静　度 ○印	１　ベッド上安静 ２　室内安静（ベッドでの生活が主に、他児との静かな遊びは可） ３　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
処　方　内　容	次回診察予定日　（　　）日後	
備　　考		

キッズハウスおおかば　病児保育室