

医師連絡票

魚沼市立小出病院長
（病児・病後児保育室）

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供します。

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地

医師氏名

印

電話番号

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	年 月 日生（満 歳）		
患者住所			
電話番号		保護者氏名	
病名（番号に○）	01 感冒・感冒様症候群 02 中耳炎・外耳炎 03 気管支喘息 04 急性上気道炎 05 喘息様気管支炎 06 インフルエンザ 07 百日咳 08 風疹 09 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ） 10 水痘 11 咽頭結膜炎 （アデノウイルス）	12 結核 13 流行性角結膜炎 （はやり目） 14 急性出血性結膜炎 15 急性気管支炎 16 腸管出血性大腸炎 （O-157, O-26 など） 17 溶連菌感染症 18 感染性胃腸炎 （ノロ・ロタ） 19 手足口病 20 ヘルパンギーナ 21 マイコプラズマ	22 とびひ 23 りんご病 24RSウイルス <病名不明のとき> 25 発熱 26 下痢 27 嘔吐 28 咳嗽 29 喘鳴 30 発疹 31 その他 （ ）
病児・病後児保育の利用可否（○印）	1 可（治療中・回復期） 2 否		
隔離の必要（○印）	1 あり 2 なし		
安静度（○印）	1 ベッド上安静 2 室内安静 ベッド上が主、他児との静かな遊びは（可・不可） 3 室内保育 他児と室内で普通に遊んでよい		
処方内容その他注意事項など	<input type="checkbox"/> 特記すべき事項はありません <input type="checkbox"/> 投薬は薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり <input type="checkbox"/> その他		
食事	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食（前期・中期・後期） 03 幼児食・常食 04 下痢食 05 アレルギー食 （除去内容 ）		
その他指示事項			
病児・病後児保育を必要とする期間	月 日から 月 日まで（ 日間） ※受診日から7日間以内となっています。		