

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	12 結核	22 とびひ
	02 中耳炎・外耳炎	13 流行性角結膜炎 （はやり目）	23 りんご病
	03 気管支喘息		24RSウイルス
	04 急性上気道炎	14 急性出血性結膜炎	<病名不明のとき>
	05 喘息様気管支炎	15 急性気管支炎	25 発熱
	06 インフルエンザ	16 腸管出血性大腸炎	26 下痢
	07 百日咳	（O-157, O-26 など）	27 嘔吐
	08 風疹	17 溶連菌感染症	28 咳嗽
	09 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	18 感染性胃腸炎 （ノロ・ロタ）	29 喘鳴
	10 水痘	19 手足口病	30 発疹
	11 咽頭結膜炎 （アデノウイルス）	20 ヘルパンギーナ	31 その他 （ ）
	21 マイコプラズマ		
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。		