

北播磨総合医療センター 病児・病後児保育 医師連絡票

病 院 長 様

(記入日) 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 氏 名

電 話 番 号

印

病児・病後児保育の利用について、以下のとおり連絡します。

| 保 護 者 記 入 欄   |   |      |       |
|---------------|---|------|-------|
| ふりがな<br>利用者氏名 | 男・女   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者氏名         | 所属  |      |       |
| 住所            | 〒 -   |      |       |
| 電話番号          | 内線番号  |      |       |
| 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |       |
| 熱性けいれんの既往歴    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |      |       |
| 今の食事          | <input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 幼児食<br><input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容 )   |      |       |
| 今の薬剤の処方       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(薬剤名 )<br><input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )                     |      |       |

※医師の診断により病児・病後児保育を実施中において、症状が重篤化した場合、医師に重大な過失がある場合を除き医師に対し責任を問わないものとします。

| 医 師 記 入 欄   |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| 病名          | <input type="checkbox"/> 上気道炎<br><input type="checkbox"/> 扁桃腺炎<br><input type="checkbox"/> クループ症候群<br><input type="checkbox"/> 気管支炎<br><input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎<br><input type="checkbox"/> 気管支喘息<br><input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎<br>( <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 )<br><input type="checkbox"/> 細菌性腸炎<br><input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 結膜炎<br><input type="checkbox"/> 溶連菌感染症<br><input type="checkbox"/> 突発性発疹<br><input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ<br><input type="checkbox"/> 手足口病<br><input type="checkbox"/> インフルエンザA<br><input type="checkbox"/> インフルエンザB<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | 《対象外疾患》<br>以下の疾患の場合は、利用不可となります。<br><input type="checkbox"/> 水痘<br><input type="checkbox"/> 麻疹<br><input type="checkbox"/> 風疹<br><input type="checkbox"/> おたふくかぜ<br><input type="checkbox"/> 百日咳<br><input type="checkbox"/> 肺炎 |
| 迅速検査の実施状況   |  |  |  |
| 安静度         | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育<br><input type="checkbox"/> 病児保育不可  |  |  |
| 保育期間        | 病児 月 日 から 月 日 まで 日間  |  |  |
|             | 病後児 月 日 から 月 日 まで 日間   |  |  |
| その他<br>注意事項 |  |  |  |