

医 師 連 絡 票

病児保育みなみ殿

病児保育の利用について連絡します。

年 月 日

お子様の名前	様	医師名	印
--------	---	-----	---

病名・病状(○印記入)		
1 上気道炎	11 ノロウイルス感染症	(病名不明のとき) 1 発熱 2 咳嗽 3 喘鳴 4 発疹 5 下痢 6 嘔吐
2 咽頭炎	12 ロタウイルス感染症	
3 扁桃腺炎	13 胃腸炎	
4 気管支炎	14 突発性発疹症	
5 喘息・喘息性気管支炎	15 風疹	
6 RSウイルス感染症	16 水痘	
7 ヒトメタニューモウイルス	17 手足口病	
8 溶連菌感染症	18 流行性耳下腺炎	
9 アデノウイルス感染症	19 中耳炎・外耳炎	21 インフルエンザ
10 マイコプラズマ肺炎	20 結膜炎(流角結を含む)	22 その他()

一般で室内保育	・	隔離室で保育
---------	---	--------

保育室での投薬 (他院の薬含む)	有 ・ 無
------------------	-------------