様式第３号

【医療機関記入】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大槌町病児保育事業医師連絡票

大槌町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　大槌町病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

　病児保育事業（病児保育・病後児保育）を利用することについては可能と認めます。

　※病児保育、病後児保育のどちらかに○をしてください。

　　・病児保育・・・回復期に至っておらず、症状の急変が認められないが、集団保育が困難な場合

　　・病後児保育・・回復期であり、集団保育が困難な場合

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名  （児童名） | （　男　・　女　） |
| 患者生年月日 | 年　　　　月　　　　日　生　　　　　　　　　　　満　　　　　歳 |
| 患者住所 |  |
| 病名・症状 | １　急性上気道炎　　　　　　　　　　11　流行性耳下腺炎  　２　肺炎（　　　　　）　　　　　　　12　麻疹  　３　気管支炎　　　　　　　　　　　　13　水痘  　４　喘息・喘息性気管支炎　　　　　　14　風疹  　５　胃腸炎　　　　　　　　　　　　　15　インフルエンザ  　６　感染性胃腸炎　　　　　　　　　　16　溶連菌感染症  　７　周期性嘔吐症（自家中毒症）　　　17　中耳炎  　８　突発性発疹症　　　　　　　　　　18　膿痂疹  　９　手足口病　　　　　　　　　　　　19　その他：  　10　伝染性紅斑（りんご病） |
| (病名不明のとき）  　19　発熱　　20　下痢　　21　嘔吐　　22　咳嗽　　23　喘鳴　　24　発疹 |
| 診療形態 | １　外来　２　往診　３　入院　（　　年 　月　 日 ～ 　 　年　 月 　日） |
| 保育上の留意点 | １　ベッド上安静　２　隔離室で隔離　３　室内安静（他児との静かな遊び可）  　４　室内保育（他児との普通の遊び可） |
| 現在の投薬処方 | 無　・　　有  　有の場合：内容、頻度等 |
| 食事について | １　ミルク　２　牛乳のみ　３　離乳食（前期・中期・後期）　４　幼児食  　５　下痢食  　６　アレルギー食（除去内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の  留意事項 |  |