

<当日書類>

20 年 月 日

こどもスマイルつばき園 病児保育室医師連絡票

株式会社こどもスマイルプロジェクト
谷口 吉彦 様

太枠内医療機関記入
(保護者記入欄は保護者が事前に記載すること)

こどもスマイルつばき園 病児保育室利用に当たり、次のとおり情報を提供します。

入院の必要性 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 年 月 日	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。
--------------------	--------------------------------	----------------------------

(本票は上記項目にチェックが付く場合のみ作成必要)

保 護 者 記 入	児童氏名		医療機関名	
	生年月日	年 月 日生		
	性別	男 女		
	住所		担当医師名	
	連絡先			

下記の病名・病状番号に○印をお付けください。		
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 嘔吐下痢症 07 自家中毒症 08 中耳炎・外耳炎 09 結膜炎(流角結を含む) 10 膿痂疹 11 突発性発疹症 12 手足口病 13 りんご病(伝染病紅斑) 14 流行性耳下腺炎 15 麻疹	16 水痘 17 百日咳 18 風疹 19 インフルエンザ A 型 20 インフルエンザ B 型 21 新型コロナウイルス感染症 22 アデノウイルス感染症 23 溶連菌感染症 24 RS ウイルス感染症 25 その他(下に病名を記載) ()	<病名不明のとき> 26 発熱 27 下痢 28 嘔吐 29 咳 30 喘鳴 31 発疹
病状(○印)	1 急性期(発熱等) 2 回復期(解熱・微熱等)	
隔離の必要性(○印)	1 必要 2 不要	
安静度(○印)	1 安静必要(ベッド上での生活が主) 2 安静必要(室内での静かな遊び可) 3 安静不要(普通に遊んで良い)	
薬の処方(○印)	無	
	有(有の場合は、保護者が施設にお薬手帳など処方薬の内容が分かるものを持参すること。)	
その他特記事項		

※アレルギー除去食を希望する場合「アレルギー除去食に関する連絡書」等を別途、医療機関で発行してもらうこと