

松江市 病児保育 医師連絡票

令和 年 月 日

太枠内は、保護者が記入してください。

児童氏名	性別	生年月日
(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 女	歳 か月

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎（咽頭炎、扁桃炎含む） <input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 骨折
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 <input type="checkbox"/> その他（ ）
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
指示事項 ※ 配慮を要する事項等を記入ください	
投薬	投薬の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	処方内容 <input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する

診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。

医療機関 医療機関名
電話 番号
診断医師名