

病児・病後児保育 医師連絡票 (山梨県)

年 月 日

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。

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()		
利用区分	<input type="checkbox"/> 病児(急性期) <input type="checkbox"/> 病後児(回復期)		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	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	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 電話番号 診断医師名</p>			