

稚内市病児保育医師連絡票

(保護者記載欄)

(ふりがな) 児童の氏名
令和 年 月 日生 (歳) 男・女

(医師記載欄)

病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (<input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他()	病気不明の時 <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 ()
	病状の経過等 <input type="checkbox"/> 急性期 (発熱等) <input type="checkbox"/> 安定期 (微熱・解熱等)		
治療 (検査内容・ 薬の処方内容等)	食前・食後・(時) ・その他 ()		
保育上の留意点	安静度 <input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育		
	食べ物 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	その他 留意事項		
令和 年 月 日 上記のとおり診断し、現時点での入院の必要性は認められません。			
医療機関名 _____			
医師名 _____			