

医師連絡票

ココナラ 殿

病児・病後児託児の利用について、下記の点について連絡します。

平成 年 月 日

児童氏名	殿	病院名	
		医師名	
下記の病名・病状番号に○印をおつけください。			
01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病名不明とき)	
02 咽頭炎	12 突発性発疹症	20 発熱	
03 扁桃腺炎	13 手足口病	21 下痢	
04 気管支炎	14 伝染性紅斑	22 嘔吐	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	23 咳嗽	
06 消化不良症	16 麻疹	24 喘鳴	
07 感冒症嘔吐症	17 水痘	25 発疹	
08 自家中毒症	18 百日咳		
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む)	26 その他()		
	27 インフルエンザ		
病状 (○印)	1 急性期 2 回復期(下熱・微熱等)		
安静度 ○印	1 ベット上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と普通に遊んでよい)		
食事 ○印	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 下痢食 アレルギー食(除去内容)		
処方内容			
次回診察予定日			
備考	翌日も病児保育が 1 必要 2 保育所に復帰(○印)		