たちばなこどもランド専用書式

病児保育事業医師連絡票

年　　月　　日

（あて先）たちばなこどもランド

医療機関　所在地
名称
電話番号
診断医師署名

児童氏名	生年月日	年齢	性別
ふりがな	年　月　日	歳　か月	男・女

疾病名	□感冒・感冒様症候群	□インフルエンザA・B	□アデノウイルス感染症	病名不明
	□咽頭炎	□中耳炎	□水痘	□発熱
	□扁桃腺炎	□溶連菌感染症	□RS ウイルス感染症	□下痢
	□気管支炎	□結膜炎	□百日咳	□嘔吐
	□喘息	□膿痂疹	□ヘルパンギーナ	□咳嗽
	□喘息性気管支炎	□突発性発疹症	□骨折	□喘鳴
	□感冒性嘔吐症	□手足口病	□火傷	□発疹
	□感冒性胃腸炎	□肺炎		□その他
	□感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・その他）	□ヒトメタニューモウイルス		（　　）
症状	□急性期（発熱等）　□回復期（解熱・微熱等）			
検査	□なし　□あり（　　）			
隔離	□隔離の必要なし　□隔離の必要あり			
安静度	□ベッド上安静　□室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） □室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）			
食事	留意点　□なし　□あり（　　） □普通食　□胃腸食　□離乳食(□前期　□中期　□後期)　□ミルクのみ □アレルギー食（除去内容：　　）			
処方内容	□投薬なし □投薬あり　→　□薬事情報を参照する　□以下の記載を参照する （　　）			
その他注意事項				

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。