医　師　連　絡　票

飯田市病児保育施設　おひさまはるる

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

令和　　年　　月　　日

お子さんの名前		医　師　名	

下記の病名・病状番号に〇印をおつけください

01　感冒・感冒様症候群	11　膿痂疹	22　溶連菌
02　咽頭炎	12　突発性発疹症	23　マイコプラズマ感染症
03　扁桃腺炎	13　手足口病	24　その他
04　気管支炎	14　ヘルパンギーナ	（　　）
05　喘息・喘息性気管支炎	15　流行性耳下腺炎	病名不明のとき
06　胃腸炎	16　麻疹	25　発熱
07　自家中毒	17　水痘	26　下痢
08　中耳炎・外耳炎	18　百日咳	27　嘔吐
09　咽頭結膜熱・アデノウィルス感染症	19　風疹	28　咳嗽
	20　インフルエンザA	29　喘鳴
10　結膜炎（流角結を含む）	21　インフルエンザB	30　発疹

病状（〇印）	1 急性期　（ 発熱等 ）　　2 回復期　（ 下痢　・　微熱等 ）
安　静　度 （〇　印）	1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静　（ ベッド上での生活が主、　他児との静かな遊びは可 ） 4　室内保育　（ 他児と室内で普通に遊んでよい ）
食　事　（昼食） （〇　印）	ミルク　・　離乳食　（ 前期　・　中期　・　後期 ）　・　普通食 下痢食　・　アレルギー食（ 除去内容　　）
次回受診予定日	1　　月　　日に受診予定 2　　月　　日に症状が続いていれば受診 3　その他（　　）
連絡事項等	

※この用紙は、お子さんのかかりつけ医の先生に記入していただき、当日申込書と一緒に提出してください。