4

医　師　連　絡　票

年　　月　　日記入

今治市病児保育・病後児保育利用診療情報提供書

（宛先）今治市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 所在地 |  | |
|  | 名称 |  | |
|  | 電話番号 |  | |
|  | FAX番号 |  | |
|  | 医師氏名 |  |  |

病児保育・病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

なお、　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日生 | ( |  | ) | 歳 |
| 患者住所 |  | | | | | | |
| 保護者氏名 |  | 電話番号 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名  （☑ を付ける） | □ 急性上気道炎  □ インフルエンザA  □ インフルエンザB  □ 急性気管支炎  □ 肺炎  □ 気管支喘息  □ 喘息性気管支炎  □ 扁桃炎  □ クループ性気管支炎  □ RSウイルス感染症 | | □ ヒトメタニューモウイルス感染症  □ マイコプラズマ肺炎  □ 感染性胃腸炎  □ 急性中耳炎  □ 伝染性膿痂疹  □ 溶連菌感染症  □ 突発性発疹症  □ 水痘  □ おたふくかぜ  □ 咽頭結膜熱 | | | □ ヘルパンギーナ  □ ヘルペスウイルス感染症  □ 手足口病  □ アデノウイルス感染症  □ 火傷・外傷  □ その他  （　　　　　　　　） | 左記２列に当てはまらない場合 |
| □ 腹痛症  □ 嘔吐症  □ 下痢症  □ 発　熱  □ 喘　鳴  □ 咳  □ 湿　疹  □ その他  (　 　 　) |
| 既往歴及び家族歴  （☑ を付ける） | □ はしか　　□ ふうしん　　□ みずぼうそう　□ おたふくかぜ　□ 突発性発疹症  □ 百日ぜき　□ 気管支喘息　□ 熱性けいれん　□ ＲＳＶ感染症　□ インフルエンザ  □ 新型コロナウイルス感染症　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  家族内で流行している感染症があれば記入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 症状の経過  及び検査結果 | 迅速検査の実施状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 治療の経過  及び処方内容  （☑ を付ける） | 投薬　□あり　※薬品名・用法・容量等（□別紙参照　□以下に記載）  □なし  その他治療経過等記載欄 | | | | | | |
| 安静度  （☑ を付ける） | □ | 安静(ベッド上、布団上) | | □ | 室内安静(ベッド、布団上が主。静かな遊びは可) | | |
| □ | 室内保育(室内で普通に遊んでよい) | | | | | |
| 病状（☑ を付ける） | * 急性期（病児保育）　　　　　□　回復期（病後児保育） | | | | | | |
| 食事に関する  特別な指示 | なし  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他注意事項 |  | | | | | | |