

小奴可病後児保育室 医師連絡票

社会福祉法人
おぬか尚友会理事長 様

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

印

小奴可病後児保育事業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

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	〒		電話番号
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <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"/> 気管支炎喘息 <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"/> アデノウイルス感染症 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い
熱性けいれんの既往性	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育		
食事制限	<input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー (除去内容) その他 ()		
その他 注意事項			
処方内容	※投薬等は薬の処方箋の通り行います。その他の指示があればご記入ください。		

※小奴可病後児保育室の看護師が確認するために使用いたします。指示事項があればご記入ください。

※記載いただいた情報は小奴可病後児保育室事業のほか使用することはありません。