

臼杵市病児保育事業 連絡票

病児保育事業実施者 様

医療機関 所在地

名称

医師氏名

電話番号

FAX 番号

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	10 水痘・带状疱疹			
	2 気管支炎・肺炎	11 流行性耳下腺炎			
	3 気管支喘息・喘息性気管支炎	12 風疹			
	4 扁桃炎	13 インフルエンザ(A型・B型・不明)			
	5 ヘルパンギーナ	14 咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症)			
	6 手足口病	15 溶連菌感染症			
	7 感染性胃腸炎	16 RSウイルス感染症			
	8 ロタウイルス腸炎	17 伝染性膿痂疹			
	9 中耳炎	18 その他(病名:)			
	(病名不明時)				
17 発熱 18 下痢 19 嘔吐 20 喀痰 21 喘鳴 22 発疹					
指示事項	1. ベッド上安静 2. 普通保育 3. かくり 4. その他()				
現在の 投薬処方					
保育上の 留意点					