

芦屋市病児・病後児保育事業医師連絡票

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

<医療機関>

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

芦屋市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

※保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
保護者氏名		電話番号	

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

病名・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 膿茄しん(とびひ) <input type="checkbox"/> その他()		
	(病名不明のとき) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽(がいそう) <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他()			
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)			
治療経過・症状等				
現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	※	熱性けいれん予防の坐薬の使用方法	用量	用法
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 安静室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)			
食事(昼食)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
配慮を要する事項				