

医 師 連 絡 票

金沢市立病院 病児保育室さくら 行

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子さんの 名前	様	生年月日	年 月 日			
下記の病名・症状に☑をお付けください						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <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"/> 喘 息 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> アセトン血性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流行性角結膜炎を除く) <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 風 疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 ・ インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 ・ 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> その他急性胃腸炎 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 水 痘 <input type="checkbox"/> 麻 疹 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 【病名不明の時】 <input type="checkbox"/> 発 熱 <input type="checkbox"/> 下 痢 <input type="checkbox"/> 嘔 吐 <input type="checkbox"/> 咳 嗽 <input type="checkbox"/> 喘 鳴 <input type="checkbox"/> 発 疹 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <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"/> 喘 息 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> アセトン血性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流行性角結膜炎を除く) <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 風 疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 ・ インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 ・ 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> その他急性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 水 痘 <input type="checkbox"/> 麻 疹 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 【病名不明の時】 <input type="checkbox"/> 発 熱 <input type="checkbox"/> 下 痢 <input type="checkbox"/> 嘔 吐 <input type="checkbox"/> 咳 嗽 <input type="checkbox"/> 喘 鳴 <input type="checkbox"/> 発 疹
<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <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"/> 喘 息 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> アセトン血性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流行性角結膜炎を除く) <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 風 疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 ・ インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 ・ 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> その他急性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 水 痘 <input type="checkbox"/> 麻 疹 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 【病名不明の時】 <input type="checkbox"/> 発 熱 <input type="checkbox"/> 下 痢 <input type="checkbox"/> 嘔 吐 <input type="checkbox"/> 咳 嗽 <input type="checkbox"/> 喘 鳴 <input type="checkbox"/> 発 疹				
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期 (発熱など) <input type="checkbox"/> 回復期 (微熱・下痢など)					
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)					
部 屋	<input type="checkbox"/> 保育室使用 <input type="checkbox"/> 隔離室使用					
昼 食	<input type="checkbox"/> 水分のみ <input type="checkbox"/> ミルク ・ 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 ・ <input type="checkbox"/> 中期 ・ <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 学童食 ・ 軟 食 (<input type="checkbox"/> お粥 ・ <input type="checkbox"/> 米飯) <input type="checkbox"/> アレルギー食 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>					
処方内容						
留意事項						
医師署名	医師名	医院名				