

# 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"/> アデノウイルス感染症  <input type="checkbox"/> インフルエンザ  <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> A型    <input type="checkbox"/> B型</div> <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  <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎  <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ロタ    <input type="checkbox"/> ノロ</div> <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    <div style="text-align: center;">【病名不明の時】</div> <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"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> A型    <input type="checkbox"/> B型</div> <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 <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎 <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ロタ    <input type="checkbox"/> ノロ</div> <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  <div style="text-align: center;">【病名不明の時】</div> <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"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> A型    <input type="checkbox"/> B型</div> <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 <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎 <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ロタ    <input type="checkbox"/> ノロ</div> <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  <div style="text-align: center;">【病名不明の時】</div> <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				
検査結果	インフルエンザ	（ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型）	溶連菌	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）		
	アデノウイルス	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）	ロタウイルス	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）		
	RSウイルス	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）	ノロウイルス	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）		
	マイコプラズマ	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）	COVID-19 抗原	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）		
	ヒトメタニューモウイルス	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）	COVID-19 PCR	（ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -）		
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; width: 100%; vertical-align: middle;"></div>					
処方内容						
留意事項						
医師署名	医師名	医院名				