

《 医師連絡票 》

※病児保育用

ともともらんど 施設長 殿

【当園の病児保育室を利用できない病状・症状】

- ①伝染性疾患（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、流行性角結膜炎、ロタなど）
の急性期で、**他児に感染する恐れが強い**
- ②感染しやすく、一旦感染すれば重症になる危険性が高い。（血液腫瘍疾患や重症心疾患、重症腎疾患、
膠原病など、免疫抑制剤を使用している場合など）
- ③**39.0度以上の発熱**が続いている。
- ④嘔吐、下痢がひどく**脱水症状の兆候**（皮膚や唇の乾燥、涙がでない、ぐったりして元気がない）
- ⑤咳がひどく、呼吸困難である（喘息発作を含む）
- ⑥その他、**医師により受け入れが不可能**と判断された場合

保護者記入欄		記入日	年	月	日
児童氏名		性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日 （満 歳）				
児童住所					
保護者氏名			TEL		
医療機関名記入欄		受診年月日	年	月	日
医療機関名					
医師名	④				
病名・症状	病名				
	症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹				
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院（ 年 月 日～ 年 月 日）				
治療経過 及び 症状経過					
安静度	<input type="checkbox"/> 病児室で隔離				
その他					
	次回診療予定日	月	日	利用必要期間	月 日 ～ 月 日

※連続して5日間以内(土日含まず)