

医師連絡票

医療機関の皆様へ 本紙の情報を元に病後児保育室での看護保育を依頼します。大変お手数ですが下記の枠内にご記入いただきますようお願いいたします。

メリー★ポピンズ病後児保育室 殿

病後児保育室の利用について、以下の通り、連絡します。

年 月 日

医師氏名 _____

お子様氏名		病 状	1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(下熱・微熱等)
--------------	--	------------	-------------------------------

病 名	1. 感冒・感冒様症候群 2. 咽頭炎 3. 扁桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息性気管支炎 6. 消化不良症 7. 感冒性嘔吐症 8. 自家中毒症 9. 中耳炎・外耳炎 10. 結膜炎(流角結を含む) (病名不明の時) _____ 20. 発熱 21. 下痢 22. 嘔吐	11. 感冒・感冒様症候群 12. 咽頭炎 13. 扁桃腺炎 14. 気管支炎 15. 喘息・喘息性気管支炎 16. 消化不良症 17. 感冒性嘔吐症 18. 自家中毒症 19. 中耳炎・外耳炎 26. その他() 23. 咳嗽 24. 喘鳴 25. 発疹
------------	---	---

安 静 度	1. 観察室にてベッド上安静 2. 隔離室にて完全隔離保育が必要 3. 観察室にて室内安静 (他児との静かな遊びは可)	4. 観察室にて室内保育可 5. 健常児と同室内にて室内安静 6. 健常児と同室内にて室内保育可
--------------	---	--

期 間	病後児保育室での看護保育が必要と認められる期間は、____年____月____日()迄とします。	食 事	1. ミルク 2. 幼児食 3. 離乳食(前期・中期・後期) 4. 下痢食 5. アレルギー食
------------	---	------------	---

処方内容	次回診察日は、____年____月____日()予定
-------------	-----------------------------