様式第１１（第２３条関係）

病児・病後児保育医師連絡票

　　この児童は、診察の結果、次の病気又は病気の回復期にあるため病児・病後児保育の利用が可能と思われます。

　（保護者記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 性別 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　歳　　　か月） | | | |
| 住所 |  | |  |  |
| 保護者氏名 |  | | 電話 |  |
| （医療機関記入欄） | | | | | | |
| 病名  （番号に○） | １　急性上気道炎  ２　気管支炎・肺炎  ３　喘息・喘息様気管支炎  ４　嘔吐下痢症  ５　感染性胃腸炎  ６　結膜炎(流角結含む)  ７　伝染性膿痂疹  ８　手足口病 | ９　突発性発疹  10　伝染性紅斑  11　麻疹  12　水痘  13　風疹  14　インフルエンザ  15　溶連菌感染症  16　中耳炎・外耳炎 | | 17　流行性耳下腺炎  18　百日咳  19　咽頭結膜熱（プール熱）  20　ヘルパンギーナ  21　マイコプラズマ肺炎  22　その他  　　（　　　　　　　　 ） |
| 症状  （番号に○） | 23　発熱　　24　下痢　　25　嘔吐　　26　咳嗽　　27　喘鳴　　28　発疹  29　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 隔離 | 必要　・　不要 | | | |
| 処方内容 | 薬　品　名 | 用　　　法 | | 用　　　量 |
|  |  | |  |
| 安静度 | １　ベッド上安静  ２　室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可）  ３　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） | | | |
| 食　事　の注意点 | 無　・　有　（ミルクのみ・離乳食（前期・中期・後期）・粥食・米飯食除去必要　　　　　　　　・その他　　　　　　　　　　） | | | |
| 注意事項等 |  | | | |

　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名

（自署又は記名押印）

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　庭　で　の　様　子 |  | 年　　　月　　　日（　　　） | | | | | |
| 体温 | 平均体温 | | 前日夕方（　　　時　　　℃） | | | 今朝（　　　時　　　℃） |
| 解熱剤の使用　　無　・　有　（　　　月　　　日　　時使用） | | | | | |
|  | 鼻汁 | 多い ・ 少ない ・ なし | | 嘔吐 | 多い ・ 少ない ・ なし | |
| 症状 | せき | 多い ・ 少ない ・ なし | | 便 | 多い ・ 少ない ・ なし | |
|  | 喘鳴 | 多い ・ 少ない ・ なし | | 尿 | 多い ・ 少ない ・ なし | |
| 睡眠 | 時　　　分～　　　　時　　　分（　良眠　・　普通　・　不眠　） | | | | | |
| 機嫌 | 良い　　　・　　　悪い | | | | | |
| 食事 | 前日夕食量（ 多い ・ 少ない ・ なし ）　内容（ 普通食 ・ 軟食 ） | | | | | |
| 当日朝食量（ 多い ・ 少ない ・ なし ）　内容（ 普通食 ・ 軟食 ） | | | | | |
| その他気付いた事 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 食物アレルギー | あり・なし  　ありの場合　　診断された日　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　除去食品  　　　　　　　　解除された日　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 与　薬　に　つ　い　て | 病児・病後児保育室での与薬　（　無　・　有　）  ＊有の場合は、以下にご記入ください。  ①持参した薬は　　　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち　　日分  ②保管は室温・冷蔵庫・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③薬の剤型　（該当するものに○）  　　　　　　　粉、液（シロップ）、外用薬、その他（　　　　　　　　　　 ）  ④薬の内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤使用する日時　　　　　年　　 月　　 日～　　　　　年　　 月　　 日  　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分又は食事の　　分前　・　分後  　　　　　　　その他具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑥飲ませ方・外用薬などの使用方法  ⑦その他の注意事項  薬剤情報提供書　　　　　あり　・　なし | | | | | | |

※医療機関の皆様へ

本事業の趣旨と保護者負担の軽減にご理解・ご協力をいただき、知立市内の医療機関（刈谷医師会知立支部加入）ではこの連絡票を**300円の文書料**で作成していただくようお願いしております。その他の医療機関ではこの限りではありません。よろしくお願いします。