

かかりつけ医連絡票

旭川医科大学 病児・病後児保育室 宛

年 月 日

医療機関の所在地および名称()

電話番号()

担当医師(印)

病児・病後児保育室の利用にあたり、下記のように連絡します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	(年 月 日 歳 ヶ月)
児童の氏名					
ふりがな		住所			
保護者氏名					

病名	1 急性上気道炎	9 突発性発疹	18 副鼻腔炎	主な症状
	2 扁桃腺炎	10 ヘルパンギーナ	19 手足口病	1 発熱(°C)
	3 気管支炎	11 RSウイルス感染症	20 麻疹	2 下痢
	4 喘息	12 流行性耳下腺炎	21 風疹	3 嘔吐
	5 肺炎	13 溶連菌感染症	22 水痘	4 咳嗽
	6 喘息性気管支炎	14 中耳炎・外耳炎	23 百日咳	5 喘鳴
	7 ()胃腸炎 (ノロウイルスは預かり不可)	15 流行性角結膜炎	24 骨折	6 発疹
	8 クループ症候群	16 咽頭結膜熱(プール熱)	25 その他	7 その他
		17 インフルエンザ(型)	()	()
区分	1 急性期(病児)		2 回復期(病後児)	
熱性けいれんの既往歴	1 あり		2 なし	
安静度	1 室内安静		2 室内保育	
(※)隔離の必要	1 要(他児との接触を避ける)		2 不要(他児と同室での保育が可能)	
食事の指示	1 なし		2 あり(熱・下痢食/アレルギー食:除去内容等)	
処方内容				
留意事項				

※隔離室はありませんので隔離が必要な疾患はその日の利用状況によりお断りすることがあります