

医師連絡票

病児・病後児保育室 AlpacaRoom 殿

病児・病後保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

担当医氏名

印

※医療機関の方へ 当施設は「保育所型」病児・病後児保育室であり、医療機関併設型ではありません。

その為、制限を設けております。以下に該当する場合、入室できません。

お手数ですが保護者様へお伝え下さいます様お願い致します。

1. 伝染性疾患の急性期 「麻疹・風疹・水疱・流行性耳下腺炎・咽頭結膜熱（プール熱）・流行性角結膜炎
流行性角結膜炎・ノロウイルス・ロタウイルス等の感染性胃腸炎など」
 2. 39度程度を超える高熱状態が続いている
 3. 嘔吐・下痢など症状が強く脱水状態である
- その他医師が受け入れ不可能と判断した場合

お子様の名前	
生年月日	年 月 日 (歳 カ月) 男 ・ 女
病名・症状名 (該当する病名・症状 の□にするしを おつけください)	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> インフルエンザ感染症 <input type="checkbox"/> 膿疱疹（とびひ） <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅班（りんご病） <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支 <input type="checkbox"/> 消化不良症 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他() ----- <病名不明> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹
食事(昼食)	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 普通食 ・ 下痢食 アレルギー食(除去内容)
安静度	特に制限なし ・ ベッド安静 ・ その他 ()
処方内容 留意事項	次回診察予定日 年 月 日 ()
入院の必要性	年 月 日 診断の結果、現在入院の必要性は なし ・ あり
保育必要度	1. 病児保育が必要 2. 病後児保育が必要 3. 自宅安静（病児・病後児保育ともに不可）