

医師連絡票

チャイルド・ケアわかすぎの利用について、下記の点について連絡します。

記入日 令和 年 月 日

児童氏名	満 歳 ヶ月	医師名
下 記 の 病 名 ・ 病 状 番 号 に ○ 印 を つ け て く だ さ い		
1. 急性上気道炎	11. アデノウイルス感染症	その他()
2. 急性気管支炎	12. RSウイルス感染症	
3. 扁桃腺炎	13. インフルエンザ A ・ B	<病名不明のとき>
4. 咽頭炎	14. 水痘	20. 発熱
5. クループ症候群	15. 流行性耳下腺炎	21. 下痢
6. 喘息様気管支炎	16. 百日咳	22. 嘔吐
7. 気管支喘息	17. 流行性角結膜炎	23. 咳嗽
8. 感染性胃腸炎	18. 中耳炎	24. 喘鳴
9. 溶連菌感染症	19. 手足口病	25. 発疹
10. ヘルパンギーナ		26. その他()
食事に関する特別な指示	なし ・ あり ()	
安 静 度	1 静養室で、室内安静保育(他児と普通に遊んで良い)	
	2 室外で、散歩ができる	
○ 印	3 隔離室で隔離	

投 薬 依 頼 書		薬 の 受領者		投薬者	
病児室で内服する 薬の名前					保護者名
薬の種類	1. 抗生物質 6. 抗アレルギー剤 2. 去痰剤 7. 整腸剤 3. 鎮咳薬 8. 抗ウイルス剤 4. 気管支拡張剤 9. 制吐剤 5. 抗ヒスタミン剤 その他（ ）				
	薬の時間 昼食前・昼食後・食間・その他（ ）				
	頓服薬 薬名 （どのような時に使用するか）				
	座薬 薬名 （どのような時に使用するか）				
	※お薬手帳または薬剤情報提供書を持参してください。確認できない場合は投薬できません。				