様式３

医　師　連　絡　票

坂井市立三国病院長　様

病児、病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>お子さんの氏名</td><td>様</td><td>医師名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">下記の病名・症状番号に〇印をお付けください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">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
7　胃腸炎
8　自家中毒症
9　中耳炎・外耳炎
10 結膜炎（流角結を含む）
11 咽頭結膜炎</td><td>12　膿痂症
13　突発性発疹症
14　手足口病
15　伝染性紅班症
16　流行性耳下腺炎
17　水　痘
18　百日咳
19　インフルエンザ

26　その他（　　）</td><td colspan="2">（病名不明のとき）

20　発　熱
21　下　痢
22　嘔　吐
23　咳　嗽
24　喘　鳴
25　発　疹</td></tr>
<tr><td>病状（〇印）</td><td colspan="3">１．急性期（発熱等）　　２．回復期（解熱・微熱）</td></tr>
<tr><td>安 静 度

〇　印</td><td colspan="3">１．隔離室で隔離
２．ベッド上安静
３．室内安静（ベッド上での生活が主、他児童との静かな遊びは可）
４．室内保育（他児童と室内で普通に遊んでよい）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">食事（昼食）
〇　印</td><td colspan="3">ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食</td></tr>
<tr><td colspan="3">下痢食・アレルギー食（除去内容　　）</td></tr>
<tr><td>処方内容</td><td colspan="3">

次回診察予定日　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3">翌日も病（後）児保育が　　１．必　要　　２．保育所に復帰</td></tr>
</table>