

# 医師連絡票

平成 年 月 日

|     |                |
|-----|----------------|
| 病児  | 福岡東医療センター たんぽぽ |
| 病後児 | 鹿部保育園 おひさまルーム  |

担当医が○印を付けてください。

利用希望期間 平成 年 月 日より( )日間

|               |   |     |      |                    |
|---------------|---|-----|------|--------------------|
| ふりがな<br>氏名    |   | 男・女 | 生年月日 | H 年 月 日<br>( 才 ヶ月) |
| 所属            | ( )保育園 ( )幼稚園 ( )小学校  |     |      |                    |
| 病名            | 確定している病原診断があれば○をつけてください。<br>インフルエンザA・B、アデノ、溶連菌、RS、マイコプラズマ、ロタ、ノロ、伝染性紅斑、水痘、流行性耳下腺炎  |     |      |                    |
| 主な症状          | 発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他( )  |     |      |                    |
| 基礎疾患          |   |     |      |                    |
| 一般状態          | 食欲 (ある・まあまあ・ない) 元気 (ある・まあまあ・ない)   |     |      |                    |
| 経過            |   |     |      |                    |
| 処方            |   |     |      |                    |
| 安静度<br>(○印)   | 1 観察室(要隔離)<br>2 ベッド上安静<br>3 室内安静(ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可)<br>4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) |     |      |                    |
| 日頃の食事<br>(○印) | ミルク・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・学童食<br>アレルギー食(除去食物: 卵・牛乳・小麦・その他( ))                         |     |      |                    |

医療機関名

医師名

印

所在地

電話番号