

「かかりつけ医師」から「おひさまルーム」への連絡票

瀬高保育園長 様

病児・病後児保育施設（おひさまルーム）の利用について、下記のとおり連絡いたします。

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日生
				年 齡	歳	月	

病名・症状 (○印)	1 咽頭・喉頭炎	1 1	ヘルパンギーナ
	2 扁桃腺炎	1 2	伝染性紅斑（りんご病）
	3 急性気管支炎	1 3	流行性耳下腺炎
	4 喘息・喘息性気管支炎	1 4	麻疹
	5 感染性胃腸炎	1 5	水痘
	6 中耳炎・外耳炎	1 6	百日咳
	7 結膜炎（流角結を含む）	1 7	風疹
	8 膿痂疹	1 8	インフルエンザ（ ）型
	9 突発性発疹症	1 9	溶連菌感染症
	10 手足口病	2 0	アデノウイルス感染症
	その他の病名（ ） 病名不明時の症状（ ）	2 1	R S ウイルス感染症
安静度 (○印)	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
	2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）		
	3 隔離室で保育		
	4 隔離室で安静		
処方薬 (○印)	1 抗生物質	7	止瀉薬
	2 去痰剤	8	整腸剤
	3 鎮咳剤	9	解熱剤
	4 気管支拡張剤	1 0	抗けいれん剤
	5 抗ヒスタミン剤	1 1	抗ウイルス製剤
	6 抗アレルギー剤	1 2	制吐剤
	・ 外用薬（ ） ・ その他（ ）		
指示事項 (○印)	1 状態変化時連絡	3	水分補給
	2 消化のよい食事	4	クーリング
	その他（ ）		

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

医 師 名

電 話 番 号

【おひさまルーム TEL 080-8584-3554 FAX 0944(63)2243】

(H27.4～適用)