「かかりつけ医師」から「ちっこハウス」「おひさまルーム」への連絡票

施設長　様

病児保育施設（ちっこハウス、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　齢	歳　月

病名・症状 （○印）	１　咽頭・喉頭炎	１１　ヘルパンギーナ
	２　扁桃腺炎	１２　伝染性紅斑（りんご病）
	３　急性気管支炎	１３　流行性耳下腺炎
	４　喘息・喘息性気管支炎	１４　麻疹
	５　感染性胃腸炎	１５　水痘
	６　中耳炎・外耳炎	１６　百日咳
	７　結膜炎（流角結を含む）	１７　風疹
	８　膿痂疹	１８　インフルエンザ（　　）型
	９　突発性発疹症	１９　溶連菌感染症
	１０　手足口病	２０　アデノウイルス感染症
	その他の病名（　　）	２１　ＲＳウイルス感染症
	病名不明時の症状（　　）	
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	１０　抗けいれん剤
	５　抗ヒスタミン剤	１１　抗ウイルス製剤
	６　抗アレルギー剤	１２　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（　　）	

令和　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　師　名

電　話　番　号

【ちっこハウス　ＴＥＬ・ＦＡＸ　０９４２（５２）２５７７】

【おひさまルーム　ＴＥＬ　０８０－８５８４－３５５４】