

# 医師連絡票

宇治徳洲会病院ひまわりルーム

診察時体温                      °C

病児保育室の利用を許可するにあたり、下記のように連絡します。

児童氏名		男・女	平成	年	月	日	生まれ
------	--	-----	----	---	---	---	-----

《宇治徳洲会病院ひまわりルームよりお願い》

入院を要する場合、あるいは非常に感染力の強い感染症で医師が不可と判断した場合、

※ 麻疹・咽頭結膜炎(プール熱)・流行性角結膜炎・頭じらみ

ノロウイルス・ロタウイルスは、利用できません。

<b>該当する病名・病状に○印をお願いします。</b>			
1 急性上気道炎	9 突発性発疹	17 流行性耳下腺炎	病名不明
2 咽頭炎	10 伝染性膿痂疹	18 水痘	
3 扁桃炎	11 外傷	19 百日咳	発熱
4 気管支炎	12 手足口病	20 風疹	下痢
5 喘息様気管支炎 喘息	13 結膜炎 (流角結を除く)	21 インフルエンザ ( A ・ B )	嘔吐
6 中耳炎・外耳炎	14 ヘルパンギーナ	22 その他	咳嗽
7 感染性胃腸炎	15 RSウイルス		喘鳴
8 ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス・ ロタウイルスを除く)	16 溶連菌感染症		発疹
症状の出始めた日	月                      日頃から		
病 状	1 急性期(発熱など)                      2 回復期(解熱・微熱など)		
安 静 度 (○ 印)	1 室内保育可(他児と普通に遊んでよい) 2 室内安静 (ベット上での生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 ベット上安静 <b>4 隔離室で、隔離保育が必要</b>		
食 事 (○ 印)	1 ミルク    4 腸炎食 2 普通食    5 アレルギー対応食 3 離乳食(前期・中期・後期)		
期 間	病児保育室が、必要と認められる時期は、受診日より 月                      日( )迄とします。		
処方内容指示			
	次回診察予定日                      月                      日( )		

診察日 平成                      年                      月                      日

医療機関名

医師名

住所

電話

印