

平成 年 月 日

## 市立秋田総合病院病児保育利用連絡票

(宛先) 市立秋田総合病院長

医療機関

所在地

名称

電話

FAX

担当医師名

氏名

印

次のとおり現時点で入院の必要は認められないため、病児保育園が利用可能であることを連絡します。

### 【保護者記入欄】

患者氏名		生年月日	平成 年 月 日	男女
------	--	------	----------	----

### 【医療機関記入欄】

病名・病状 (番号に○)	01 急性上気道炎	08 溶連菌感染症	<病名不明のとき>	
	02 気管支炎、肺炎	09 咽頭結膜熱	14 発熱	
	03 喘息・喘息性気管支炎	10 膿痂疹	15 下痢	
	04 感染性胃腸炎	11 インフルエンザ(A・B)	16 嘔吐	
	05 水痘	12 ヘルパンギーナ	17 咳嗽	
	06 流行性耳下腺炎	13 その他	18 喘鳴	
	07 中耳炎、外耳炎	( )	19 発疹	
			20 その他( )	
投薬状況、経過など				
特記すべき既往歴	有 熱性けいれん( 回) ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー ・ その他(備考へ記載) 無 不明 (初めての受診などで既往を把握していない場合)			
保育上の留意事項 (部屋割の目安になりますのでご指示ください)	ベッド上 安静	隔離室で隔離	室内安静 (ベッド生活が主、 他児と静かな遊び可)	室内保育 (他児童と室内で 普通に遊んでよい)
備考 (その他注意事項)				

※  医療機関記入