

市立秋田総合病院病児保育利用連絡票

(宛先) 秋田市内病児保育園管理者

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	令和 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