医師連絡票

荒井クリニック

KidsMedicalStation

〒143-0024
東京都大田区中央 7-15-14
ＴＥＬ：　03-3751-0390
ＦＡＸ：　03-3751-0515
E-mail：　arai@gate01.com
ＵＲＬ：　http://www.arai-clinic.jp

医療機関名：
所在地：
ＴＥＬ：
医師名：

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

平成　　年　　月　　日

お子さんの名前	様	医　師　名	

下記の病名・病状番号に〇印をおつけください

01　感冒・感冒様症候群 02　咽頭炎 03　扁桃腺炎 04　気管支炎 05　喘息・喘息様気管支炎 06　消化不良症 07　感冒性嘔吐症 08　自家中毒症 09　中耳炎・外耳炎 10　結膜炎（流角結を含む）	11　膿痂疹 12　突発性発疹症 13　手足口病 14　伝染性紅斑（りんご病） 15　流行性耳下線炎 16　麻疹 17　水痘 18　百日咳 19　風疹 26　その他〔　　〕 27　インフルエンザ	＜病名不明のとき＞ 20　発　熱 21　下　痢 22　嘔　吐 23　咳　嗽 24　喘　鳴 25　発　疹

病状（〇印）	1　急性期（発熱等）　　2　回復期（下熱・微熱等）
安　静　度 〇印	1　ベッド上安静　　2 隔離室で隔離 3　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
食事（昼食） 〇印	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）　幼児食 下痢食　アレルギー食（除去内容　　）
処方内容	次回診察予定日　　月　　日（　　）
備　　考	翌日も病児保育が　　1 必要　　2 保育所に復帰　（〇印）