

芦屋市病児・病後児保育事業医師連絡票

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

＜医療機関＞

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

芦屋市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

※保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年 月 日 生
住 所			
保護者氏名		電話番号	

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

病名・症状	☐ 急性上気道炎 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 喘息・喘息性気管支炎 ☐ 嘔吐下痢症 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ 突発性発しん ☐ 手足口病 ☐ 伝染性紅斑(りんご病)		☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 麻しん(はしか) ☐ 水痘(みずぼうそう) ☐ 風しん ☐ インフルエンザ ☐ 溶連菌感染症 ☐ 中耳炎 ☐ 膿茄しん(とびひ) ☐ その他()	
	(病名不明のとき) ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽(がいそう) ☐ 喘鳴 ☐ 発しん ☐ その他()			
診療形態	☐ 外来 ☐ 往診 ☐ 入院 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)			
治療経過・症状等				
現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法
	☐ あり			
	☐ なし			
	※	熱性けいれん予防の坐薬の使用方法	用量	用法
保育上の留意点	☐ ベッド上安静 ☐ 安静室で隔離 ☐ 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) ☐ 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)			
食事(昼食)	☐ ミルク ☐ 普通食 ☐ その他()			
アレルギー	☐ あり () ☐ なし			
配慮を要する事項				