様式第3号（第8条関係）

病児保育家庭医連絡票

年　　月　　日

大友医院病児保育室「あんず」
室長　大　友　弘　美　　殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号
担当医師名　　印

下記の児童について、病児保育が適当であると認められるので、診療情報を提供いたします。

氏名	男・女	年　　月　　日(　　)歳
住所	亘理町 TEL	
病名	1　急性上気道炎 2　気管支炎・肺炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　感染性胃腸炎（嘔吐下痢） 5　周期性嘔吐症(自家中毒症) 6　突発性発疹症 7　手足口病 8　流行性耳下腺炎 9　麻しん 10　水痘 11　風しん 12　インフルエンザ 13　溶連菌感染症 14　中耳炎 15　膿痂疹 16　その他 (　　)	
	(病名不明のとき) 17　発熱　18　下痢　19　嘔吐 20　咳嗽　21　喘鳴　22　発疹	
病状	1　急性期(発熱等)　2　回復期(下熱・微熱等)	
安静度	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)	母乳・ミルク　・　離乳食(初期・中期・後期・完了期) 幼児食　・　普通食	
	下痢食・アレルギー食 (除去内容　　)	
処方内容 (指示等)		次回診察予定日　　月　　日(　　)

＊病児保育家庭医連絡票は、記入日から７日間有効