

病状連絡票

※太枠内は保護者の方が記入してください。

| | | | |
|--------------|--|--|-------|
| 子どもの氏名(ふりがな) | | 性別 | 生年月日 |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 保護者氏名 | | 電話番号 | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 病名 | 1. 上気道炎 2. 感冒・感冒様症候群 3. 咽頭炎 4. 扁桃炎 5. 気管支炎 6. 喘息・喘息性気管支炎 7. 感染性胃腸炎 8. ノロウイルス 9. ロタウイルス 10. 咽頭結膜熱(プール熱) 11. 溶連菌感染症 12. 伝染性膿痂疹(とびひ) 13. 突発性発疹 14. 中耳炎・外耳炎 15. ヘルパンギーナ 16. 伝染性紅斑(りんご病) 17. 手足口病 18. 流行性耳下腺炎 19. ヒトメタニューモウイルス 20. インフルエンザA型 21. インフルエンザB型 22. マイコプラズマ肺炎 23. その他() | | |
| 症状 | 1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他() | | |
| 利用区分 | 1. 病児(急性期) 2. 病後児(回復期) | | |
| 安静度 | 安静の要否 | 要 ・ 不 要 | |
| | 隔離の要否 | 要 ・ 不 要 ※「要」の場合でも、同病名・同症状のお子様は同室になります。 | |
| 指示事項 | ●配慮を要する事項をご記入ください | | |
| 投薬 | 投薬の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ※ | 処方内容 | <input type="checkbox"/> お薬手帳参照 ※投薬処方について、他に内容がわかるものが保護者に提供される場合は、別途記載の必要はありません。 | |
| 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 | | | |
| 実施施設の長 様 | | | |
| 医療機関 所在地 名 称 電 話 医 師 名 (署名又は記名押印) | | | |