

医師連絡票

宇治徳洲会病院ひまわりルーム

診察時体温 °C

病児保育室の利用を許可するにあたり、下記のように連絡します。

児童氏名		男・女	H・R	年	月	日	生まれ
------	--	-----	-----	---	---	---	-----

《宇治徳洲会病院ひまわりルームよりお願い》

入院を要する場合、あるいは非常に感染力の強い感染症で医師が不可と判断した場合。

※ 麻疹・咽頭結膜炎(プール熱)・流行性角結膜炎・頭じらみ
ノロウイルス・ロタウイルスは、利用できません。

該当する病名・病状に○印をお願いします。			
1 急性上気道炎	9 突発性発疹	17 流行性耳下腺炎	病名不明
2 咽頭炎	10 伝染性膿痂疹	18 水痘	
3 扁桃炎	11 外傷	19 百日咳	発熱
4 気管支炎	12 手足口病	20 風疹	下痢
5 喘息様気管支炎 喘息	13 結膜炎 (流角結を除く)	21 インフルエンザ (A ・ B)	嘔吐
6 中耳炎・外耳炎	14 ヘルパンギーナ	22 その他	咳嗽
7 感染性胃腸炎	15 RSウイルス		喘鳴
8 ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス・ ロタウイルスを除く)	16 溶連菌感染症		発疹
病 状	1 急性期(発熱など)	2 回復期(解熱・微熱など)	
安 静 度 (○ 印)	1 室内保育可(他児と普通に遊んでよい) 2 室内安静(ベット上での生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 ベット上安静 4 有・無		
隔離室使用の有無			
食 事 (○ 印)	1 ミルク 2 離乳食(前期・中期・後期) 3 普通食	4 腸炎食 5 アレルギー対応食	
期 間	病児保育室が、必要と認められる時期は、受診日より 月 日()迄とします。(必ず記入をお願いします)		
症状の出始めた日	月 日頃から		
処方内容指示			
	次回診察予定日 月 日()		

診察日 令和 年 月 日

医療機関名
医師名
住所
電話

印