

# 医師連絡票

宇治徳洲会病院ひまわりルーム

診察時体温

℃

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		生年月日	
------	--	------	--

《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は利用できません。

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

該当する病名、隔離の程度にチェックをお願いします。		
<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 外傷	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス・ ロタウイルスを除く) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流角結を除く) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ( A・ B・ 不明 ) <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> その他 (原因不明、発疹、喘鳴)
<input type="checkbox"/> 病児保育室内で保育 (病児保育担当医が適宜調整)		
<input type="checkbox"/> 完全隔離必要 (病児保育担当医が適宜調整)		
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス検査(抗原または核酸増幅)が、ひまわりルーム利用の前日または当日に陰性であった場合、ひまわりルームをご利用頂けます。		
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱など)	<input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱など)
食 事 (チェック)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 腸炎食 <input type="checkbox"/> アレルギー対応食
期 間	この診断書は診断書発行日を含め3日間有効です。	
症状の出始めた日	頃から	
処方内容 特記事項		

ご不便な点もございますが、コロナ禍のためご了承頂きますようお願い申し上げます。

診察日

医療機関名  
住所  
電話  
医師名

印

