

病児・病後児保育事業医師連絡票

りいべ保育園 宛

年 月 日

医療機関 所在地  
 名 称  
 電話番号  
 診断医師署名

児童の氏名	男・女		年 月 日生
保護者の氏名	父： ( ) 歳	母： ( ) 歳	
	職業 ( )	職業 ( )	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所			
緊急連絡先	勤務先：	電話番号：	
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 ( ) <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		病名不明の場合
			<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期 (発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期 (解熱・微熱等) 入院の必要 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
既 往 歴			
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内安静 (他児と室内で普通に遊んで良い)		
食事に関する特別な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 ( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 ) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容： )		
処方内容	与薬時間    食前    食間    食後    その他 ( )		
	薬品名・用量・用法		
その他注意事項	裏		
入退院日	入院日： 年 月 日	退院日： 年 月 日	

※ 必要がある場合には、裏面についても記載すること。

出生時の状況	出生場所：当院・他院 ( ) 在胎：( ) 週 単胎・多胎 ( ) 子中 ( ) 子 体重：( ) g 身長：( ) cm 出生時の特記事項： 無・有 ( ) 妊娠中の異常の有無：無・有 ( ) 妊婦健診の受診有無：無・有 ( 回： )	家族構成     育児への支援者：無・有
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他 ( )
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする
		・その他( )
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他 ( )	
養育者の状況	健康状態等	・疾患 ( )・障害 ( ) ・出産後の状況 (マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他 ( )
	子どもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他 ( )
	養育環境	・面会が極端に少ない・その他 ( )
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他 ( )
	同胞の状況	・同胞に疾患 ( )・同胞に障害 ( )
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他 ( )
情報提供の 目的と その理由	りいべ保育園病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報を提供するため。	