

医 師 連 絡 票

西予市立西予市民病院

開設者 様

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

医師名 _____

電 話 _____

西予市病児保育室の利用にあたって、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
病名・症状	1 感冒・感冒性症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 気管支喘息・喘息性気管支炎 6 感染性胃腸炎 7 溶連菌感染症 8 伝染性膿痂疹 9 突発性発疹 10 帯状疱疹	11 手足口病 12 伝染性紅斑 13 流行性耳下腺炎 14 インフルエンザ A型・B型 15 水痘 16 麻疹 17 風疹 18 咽頭結膜熱(プール熱) 19 その他()	
隔離の要否と 病状	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 急性期 ・ <input type="checkbox"/> 回復期		
安静度	1 ベット上安静 2 室内安静（ベットでの生活が主で、他児との静かな遊びは可） 3 室内安静（他児と室内で軽い遊び程度なら良い。）		
療養を必要 とする期間			
食 事	「指示事項」 [_____] アレルギーによる食事の制限 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (除去内容 _____)		
投 薬	与薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 処方 1 2 3 与薬時間：食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定の時間 (_____ 時間毎)		
病状経過及び 医師の指示事項			