

「かかりつけ医師」から「マリア病児ルームおひさま」への連絡票

高取聖マリア幼稚園長 様

病児・病後児保育施設（マリア病児ルームおひさま）の利用について、下記のとおり連絡いたします。

児童氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日生
			年 齡	歳 月

病名・症状 (○印)	1 咽頭・喉頭炎	11 ヘルパンギーナ
	2 扁桃腺炎	12 伝染性紅斑（りんご病）
安静度 (○印)	3 急性気管支炎	13 良好性耳下腺炎
	4 喘息・喘息性気管支炎	14 麻疹
処方内容 (○印)	5 感染症胃腸炎	15 水痘
	6 中耳炎・外耳炎	16 百日疹
指示事項 (○印)	7 結膜炎（流角結を含む）	17 風疹
	8 膿痂疹	18 インフルエンザ（ 型）
	9 突発性発疹症	19 溶連菌感染症
	10 手足口病	20 アデノウイルス感染症
	その他の病名（ ）	21 R S ウイルス感染症
	病名不明時の症状（ ）	
	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
	2 室内安静（他児と同室で過ごせるがベッドでの生活が主）	
	3 隔離室で保育	
	4 隔離室で安静	
	1 抗生物質	7 止瀉剤
	2 去痰剤	8 整腸剤
	3 鎮咳剤	9 解熱剤
	4 気管支拡張剤	10 抗けいれん剤
	5 抗ヒスタミン剤	11 抗ウイルス製剤
	6 抗アレルギー剤	12 制吐剤
	・ 外用薬（ ）	
	・ その他（ ）	
	1 状態変化時連絡	3 水分補給
	2 消化のよい食事	4 クーリング
	その他（ ）	

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名
電話番号

印