

医師連絡票

令和 年 月 日

病児	福岡東医療センター たんぽぽ
病後児	鹿部保育園 おひさまルーム

担当医が○印を付けてください。

利用希望期間 令和 年 月 日より()日間

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (才 ヶ月)
所属	()保育園 ()幼稚園 ()小学校			
病名	確定している病原診断があれば○をつけてください。 インフルエンザA・B、アデノ、溶連菌、RS、マイコプラズマ、ロタ、ノロ、伝染性紅斑、水痘、流行性耳下腺炎			
主な症状	発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他()			
基礎疾患				
一般状態	食欲 (ある・まあまあ・ない) 元気 (ある・まあまあ・ない)			
経過				
処方				
安静度 (○印)	1 観察室(要隔離) 2 ベッド上安静 3 室内安静(ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
日頃の食事 (○印)	ミルク・離乳食(前期・中期・後期・幼児食・学童食 アレルギー食(除去食物: 卵・牛乳・小麦・その他()))			

医療機関名

医師名

印

所在地

電話番号