

「かかりつけ医師」から「ちっこハウス」「おひさまルーム」への連絡票

施設長 様

病児保育施設（ちっこハウス、おひさまルーム）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 齢	歳 月

病名・症状 (○印)	1 咽頭・喉頭炎	1 1 ヘルパンギーナ
	2 扁桃腺炎	1 2 伝染性紅斑（りんご病）
	3 急性気管支炎	1 3 流行性耳下腺炎
	4 喘息・喘息性気管支炎	1 4 麻疹
	5 感染性胃腸炎	1 5 水痘
	6 中耳炎・外耳炎	1 6 百日咳
	7 結膜炎（流角結を含む）	1 7 風疹
	8 膿痂疹	1 8 インフルエンザ（ ）型
	9 突発性発疹症	1 9 溶連菌感染症
	1 0 手足口病	2 0 アデノウイルス感染症
	その他の病名（ ）	2 1 R S ウイルス感染症
	病名不明時の症状（ ）	
安静度 (○印)	1 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
	2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）	
	3 隔離室で保育	
	4 隔離室で安静	
処方薬 (○印)	1 抗生物質	7 止瀉薬
	2 去痰剤	8 整腸剤
	3 鎮咳剤	9 解熱剤
	4 気管支拡張剤	1 0 抗けいれん剤
	5 抗ヒスタミン剤	1 1 抗ウイルス製剤
	6 抗アレルギー剤	1 2 制吐剤
	・ 外用薬（ ）	
	・ その他（ ）	
指示事項 (○印)	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（ ）	

令和 年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

医 師 名

電 話 番 号

【ちっこハウス TEL・FAX 0942（52）2577】

【おひさまルーム TEL 080-8584-3554】

(R7.4～適用)