

別記様式第3号（第8条関係）

南幌町病児・病後児保育医師連絡書

南幌町病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。
(保護者記載欄)

ふりがな		性別	生年月日	年 齢
児童の氏名		男・女	年 月 日	歳 か月

(医師記載欄) 当該病名・症状等の番号を○で囲んでください。

病名・症状 (○印)	1 急性上気道炎 2 急性気管支炎・肺炎 3 ぜん息・ぜん息性気管支炎 4 感染性胃腸炎 5 中耳炎・外耳炎 6 結膜炎(流角結を含む。) 7 伝染性膿痂疹(とびひ) 8 突発性発しん 9 手足口病 10 ヘルパンギーナ 11 伝染性紅斑(りんご病) その他病名() 病名不明時の症状 ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ おう吐 ☐ 咳 ☐ 鼻汁 ☐ ぜん鳴 ☐ 発しん ☐ その他()	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 13 麻しん(はしか) 14 水痘(水ぼうそう) 15 百日咳 16 風しん 17 インフルエンザ(型) 18 溶連菌感染症 19 アデノウイルス感染症 20 R S ウイルス感染症 21 マイコプラズマ感染症
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 隔離室で保育安静	
処方薬 (○印)	1 抗生物質 2 去たん剤 3 鎮咳剤 4 気管支拡張剤 5 抗ヒスタミン剤 6 抗アレルギー剤 外用薬() その他() 7 止痢剤 8 整腸剤 9 解熱鎮静剤 10 抗けいれん剤 11 抗ウイルス剤 12 制吐剤	
指示事項 (○印)	1 水分補給 2 消化のよい食事 3 クーリング 4 その他()	

令和 年 月 日

医療機関名 町立南幌病院

医 師 名 _____