

嘉麻市病後児保育事業現症連絡票

児童氏名 :

生年月日 : 年 月 日 生 (歳 か月)

保護者氏名 :

* 医師の診察は、事業の利用当日に行ってください。ただし、症状の悪化がなければ、利用日の前日の診察でも可能です。

疾患名	<p>※該当する疾患名、症状に「レ」チェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/>咽頭炎 <input type="checkbox"/>扁桃腺炎 <input type="checkbox"/>気管支炎 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/>喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/>感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/>消化不良 <input type="checkbox"/>突発性発疹症 <input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/>火傷 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>					
	<主な症状>					
	<p><input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>喘鳴 <input type="checkbox"/>発疹 <input type="checkbox"/>その他</p>					
医師からの意見 (上記の疾患名・症状における病後児保育事業実施施設での対応について)	安静度	<p><input type="checkbox"/>室内安静 <input type="checkbox"/>観察室で隔離 <input type="checkbox"/>室内保育 (他の児童と室内で遊んでよい)</p>				
	飲食	<p><input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>下痢食 <input type="checkbox"/>軟食 <input type="checkbox"/>アレルギー食 (除去内容)</p>				
	処方内容	<p>薬品名 :</p> <p><input type="checkbox"/>処方せん参照</p>				
		<p>解熱剤使用</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり : BT (°C) 以上で () を () 使用</p> <p><input type="checkbox"/>主治医に連絡 : BT (°C) 以上</p>				
注意すべき 症 状						
病後児保育利用可能期間	年 月 日 から			年 月 日 まで		
<p>年 月 日 (診察日)</p> <p>現時点において、嘉麻市病後児保育の利用が可能であることを認めます。</p> <p>所 在 地</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">印</p>						