

# 診察医連絡票

公立甲賀病院 病児・病後児保育室 御中

診察時体

|   |  |                   |                               |                |  |
|---|--|-------------------|-------------------------------|----------------|--|
| ふりがな  |  |                   | 性別                            | 生 年 月 日        |  |
| 子どもの名前  |  |                   | 男・女                           | 年 月 日 才 カ月     |  |
| 病名・症状<br>(番号に○印)  | 1 急性上気道炎   | 14 手足口病           | 2 気管支炎・肺炎                     | 15 伝染性紅斑(リンゴ病) |  |
|   | 3 喘息・喘息様気管支炎   | 16 消化不良症          | 4 嘔吐下痢症                       | 17 溶連菌感染症      |  |
|   | 5 感染性胃腸炎(ノロ、0-157 など)  | 18 咽頭結膜炎(プール熱)    | 6 周期性嘔吐症(自家中毒)                | 19 麻疹          |  |
|   | 7 突発性発疹  | 20 水痘             | 8 感冒・感冒様症候群                   | 21 風疹          |  |
|   | 9 咽頭炎  | 22 インフルエンザ        | 10 扁桃腺炎                       | 23 流行性耳下腺炎     |  |
|   | 11 中耳炎・外耳炎   | 24 百日咳、結核、マイコプラズマ | 12 結膜炎(流角結を含む)                | 25 消化不良症       |  |
|   | 13 膿痂疹(とびひ)  | 26 コロナ感染症         | 27 その他                        |                |  |
|   | ※緑字は感染の危険性が高く、集団発生する危険性があるので適切な判断をお願いします<br>※赤字は感染期間が過ぎたものに限ります(学校保健法に準ずる) |                   |                               |                |  |
|   | <b>病名</b>  |                   |                               |                |  |
|   | (病名不明の)  | 27 発熱             | 28 下痢                         | 29 嘔吐          |  |
|   |  | 30 咳              | 31 喘鳴                         | 32 発疹          |  |
| 病状 (○印)   | 1 急性期(発熱時)   |                   | 2 回復期(下痢・微熱等)                 |                |  |
| <p><b>甲賀病院病児室では、以下の病状・症状の子どもは受け入れません。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 伝染性疾患(水痘、流行性耳下腺炎、麻疹、インフルエンザ、ロタなど)急性期で、他児に感染する恐れがある</li> <li>● 感染しやすく、一旦感染すれば重症になる危険性の高い児</li> <li>● (血液腫瘍疾患や重症心疾患、重症腎疾患、膠原病などで免疫抑制剤を使用している児など)</li> <li>● 38度以上の発熱が続いている</li> <li>● 嘔吐、下痢の為脱水症状(皮膚や唇の乾燥、涙が出ない、ぐったりして元気がない、など)がある</li> <li>● 咳がひどく、呼吸困難である。(喘息発作を含む)</li> <li>● その他医師により受け入れが不可能と判断された状態</li> </ul> |  |                   |                               |                |  |
| 安静度 (○印)  | 1 ベット上安静   |                   | 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 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)   |                   | 4 その他( )                      |                |  |
| 食事(おやつ等)<br>○印  | ミルク・牛乳・果物・ヨーグルト・ゼリー<br>離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・下痢食                               |                   |                               |                |  |
| 処方内容<br>指示など  | 与薬方法: 食前・食間・食後・指定時間( 時間毎)  |                   |                               |                |  |
|   | 投薬品名:  |                   |                               |                |  |
|   | 解熱剤使用: なし ・ あり ( 日 時)  |                   |                               |                |  |
|   | 次回診察予定 月 日 ( )   |                   |                               |                |  |
| <b>保育室利用の可否 (○印)</b>  |  |                   | <b>可・不可</b>                   |                |  |
| 保育室利用にあたって、上記の点について連絡します  |  |                   |                               |                |  |
| 医療機関名   |  |                   | 令和 年 月 日                      |                |  |
| 担当医師名   |  |                   | 電話番号                          |                |  |