

「かかりつけ医師」から「ちっこハウス」への連絡票

筑後市立病院長 様

筑後市病児保育施設（ちっこハウス）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	平成	年	月	日生
			令和	年	月	日生	
			年	齡	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
	10	手足口病	2 0	アデノウイルス感染症
		その他の病名（ ）	2 1	RS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（ ）		

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号