

川 崎 市 主 治 医 指 示 書

医療機関記入日時 年 月 日

記入医療機関 所在地
 名称
 担当医師氏名
 電話番号
 FAX 番号

印

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況についてお知らせします。

保 護 者 記 入 欄	フリガナ 児童氏名			性別	男・女
	児童生年月日	年	月	日生(歳 か月)	
	児童住所				
	保護者氏名			電話番号	
医 療 機 関 記 入 欄	傷病名	101 咽頭炎・上気道炎 102 喉頭炎 201 気管支炎 301 喘息・喘息性気管支炎 402 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢) 501 中耳炎・外耳炎 502 結膜炎 503 伝染性膿痂疹 505 手足口病 506 ヘルパンギーナ	601 水痘 701 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 703 百日咳 704 風疹様症候群 705 溶連菌感染症 708 アデノウイルス感染症 709 咽頭結膜熱(プール熱) 710 インフルエンザ(A・B・不明) 711 RSウイルス感染症 801 その他() 802 病名不明		
	主な症状	901 発熱(月 日～) 902 下痢(月 日～) 903 嘔吐(月 日～) 904 咳嗽(月 日～) 905 喘鳴(月 日～) 906 発疹(月 日～) 907 その他経過など			
	隔離の必要性	1. 必要 2. 不要			
	食事(昼食)	粉乳・牛乳・離乳食 常食・全粥軟菜・5分粥(その他) アレルギー食(除去内容等)			
	処方内容 (写しなど添付可)	処方された、すべての薬を記入してください。			
その他連絡事項 安静・特異体質 など					

結核・麻疹・流行性角結膜炎・疥癬は施設の利用はできません。

(該当事項に○)