

かかりつけ医連絡票

東北大学病院病後児保育室 殿

医療機関の所在地および名称 ()

電話番号 ()

担当医師名 () 印)

*必ずご記入ください

受診日 平成 年 月 日

次回受診日 平成 年 月 日

処方期間 日分

「かかりつけ医連絡票」の有効期間は処方期間及び次回受診日まで（最長でも7日間）となっております。

病後児保育室の利用を申請するにあたり、下記のように連絡します。

子供の名前 () 性別：男・女 生年月日：平成 年 月 日 (歳 ヲ月)

保護者氏名 () 住所 ()

<東北大学病後児保育室よりお願い>

隔離室がありませんので隔離が必要な疾患（水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、アデノウイルス、麻疹、風疹、百日咳などの伝染性疾患の急性期）は利用出来ません。

また、それ以外の疾患に関しても、感染性が高いRSウイルス、マイコプラズマ肺炎、嘔吐下痢症の急性期には利用できませんので、下記を参考にご記載ください。

<病名>

1.急性上気道炎 2.気管支炎・肺炎 3.喘息・喘息様気管支炎 4.中耳炎

5.嘔吐下痢症（嘔吐軽減後） 6.感染性胃腸炎 7.周期性嘔吐症（自家中毒） 8.膿痂疹

9.突発性発疹 10.手足口病 11.伝染性紅斑 12.溶連菌感染症（抗生物質内服24時間後）

13.RSウイルス（回復期のみ） 14.マイコプラズマ肺炎（回復期のみ）

15.その他 ()

上記発症 () 日目

<病名不明時>

16.発熱 17.下痢 18.嘔吐 19.咳嗽 20.喘鳴 21.発疹 22.その他 ()

上記発症 () 日目

<現在の主な症状>

発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他 ()

<安静度>

1.室内保育（例：普通に遊んでよい）

2.室内安静（例：ベッド上での遊び、静かな遊び）

処方内容、注意事項など（お薬手帳、処方箋のコピー添付でも可）