

医師連絡票(診療情報提供書)

ナースリースクール あおば

年 月 日

病児・病後児保育事業の利用について、
次の通り連絡します。

医療機関
住所
TEL
担当医師名

㊞

保護者記入欄

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
児童住所	〒		
保護者氏名		電話番号	

医療機関記入欄

病名・症状名 該当する、病名・症 病名に○をつけて ください。	1.感冒・感冒様症候群	9.中耳炎・外耳炎	17.麻疹
	2.咽頭炎	10.結膜炎(流行性を含む)	18.インフルエンザ
	3.扁桃腺炎	11.溶連菌感染症	19.水頭症
	4.気管支炎	12.伝染性膿か症(とびひ)	20.百日咳
	5.喘息・喘息性気管支炎	13.突発性発疹	21.風疹
	6.消化不良症	14.手足口病	22.咽頭結膜熱
	7.感冒性嘔吐症	15.伝染性紅斑(リンゴ病)	23.その他
	8.自家中毒症	16.流行性耳下腺炎	
	【病名不明の時】		
	24.発熱	27.咳嗽	30.その他
	25.下痢	28.喘息	
	26.嘔吐	29.発疹	
診療形態	1.外来 2.往診 3.入院(年 月 日～ 年 月 日)		
治療経過 及び 病状経過			
食事(昼食) (○印で記入)	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・下痢食		
安静度	1.室内安静 (ベット上での生活が主・静かな遊びは可) 2.室内保育 (室内で普通に遊んでよい)		
隔離	要・不要		
処方内容 その他 注意事項			
	次回診療予定日	月 日	利用必要期間 月 日～ 月 日

入室連絡票

ナーススクール あおば

利用年月日 年 月 日

ふりがな		愛称	
氏名			男・女
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月 又は小学校 年生)		
(症状を記入してください)			手指消毒の使用
			可・不可
昨日の夕食	内容	時	普通量・少量
今日の朝食	内容	時	普通量・少量
薬	内服	朝 ・ 昼 ・ 夕	
	頓服	解熱剤	吐き気止め
		けいれん止め	
	最終使用時間	時	分頃
睡眠	良	不良	
機嫌	良	不良	
便	普通	軟便	下痢 その他

普段の様子 ※連続して利用する場合、初日のみ記載してください。

与薬	<input type="checkbox"/> そのまま (スプーン コップ 哺乳瓶乳首) <input type="checkbox"/> 混ぜる () <input type="checkbox"/> 溶かす (具体的に)
水分	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> 哺乳瓶
食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> ミルク
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 普段頻尿 <input type="checkbox"/> 普段便秘
睡眠	午睡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 午睡時おむつ使用
	癖等 <input type="checkbox"/> 一人で寝付く <input type="checkbox"/> トントンされて眠れる <input type="checkbox"/> 抱っこ・おんぶ
好きな遊び・その他の癖など 人との関わりや発達面で気になること	

緊急連絡先 ※必ずつながる連絡先を記入してください

①氏名	関係()	電話番号(携帯・会社)	(内線)
②氏名	関係()	電話番号(携帯・会社)	(内線)

お迎え予定

ふりがな		関係	お迎え時間
氏名			時 分頃

当日荷物

<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 飲み物	<input type="checkbox"/> おやつ	<input type="checkbox"/> ミルク(回分)	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶(分おき cc)
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 食後薬(粉・錠剤 液体)()種類	<input type="checkbox"/> 頓服薬(内容 回分)		
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おしりふき	<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/> バスタオル2枚(午睡用)	
<input type="checkbox"/> 母子手帳(0・1歳)	<input type="checkbox"/> お食事プロ	<input type="checkbox"/> 拭き・手拭き	<input type="checkbox"/> コップ	