様式2

病児保育室利用連絡票

獨協医科大学病院　病児保育室　宛

【保護者記載欄】

お子様氏名		生年月日 （　年齢　）	西暦　　年　　月　　日 （満　　歳　　ヶ月）	性別	□男　□女
保護者氏名					

【医療機関記載欄】

※該当する病名・症状に✓印をお願いします。

病　　名	□急性上気道炎　□気管支炎・肺炎　□喘息・喘息性気管支炎　□中耳炎 □手足口病　□ヘルパンギーナ　□伝染性紅斑(りんご病)　□伝染性膿痂疹（とびひ） □インフルエンザ（発症後5日目以降かつ解熱後2日経過の場合は受け入れ可） □その他〔　　〕
	【注】獨協医科大学病院病児保育室では次の症状・疾患の場合利用出来ません ・39度以上の発熱　・活気が無い状態　・頻回の下痢／嘔吐 ・痙攣発作を伴うもの　・日常生活や入眠に障害のある呼吸状態不良状態 ・経口摂取が出来ない場合　・医療行為の伴う気管支喘息発作時　・流行性耳下腺炎(おたふく) ・麻疹　・水痘　・風疹　・インフルエンザ（発症後5日目以降かつ解熱後2日経過の場合は受け入れ可） ・RSウイルス　・ヒトメタ　・ノロウイルス　・ロタウイルス ・流行性角結膜炎（アデノ）　・新型コロナウイルス　・その他感染力の強いもの
病状の段階	□ 急性期（発熱等）　□ 回復期（下痢・微熱等）
安静度レベル	□ ベッド上で安静にする必要がある　□ 室内で安静にする必要がある □ 他児と普通に遊ぶことが可能
管理の程度	□ 隔離室使用（他症例の病児とは隔離し、安静が必要） □ 保育室使用（他児と室内で保育可能）
指示事項	□ 状態変化時連絡　□ 水分補給　□ 消化のよい食事　□ クーリング □ その他（　　）
留意事項	

診察日　西暦　　年　　月　　日

医療機関　所在地・電話番号

名称

担当医師名　　印