

② かかりつけ医連絡票

北海道大学病院病後児保育室（利用対象：急性期を過ぎ回復期の児童）の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名		性別	男・女
児童生年月日	平成 年 月 日	登録番号 (記入不要)	

病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎（疑いを含む） <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他（ ）	病気不明の時 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
	<input type="checkbox"/> 可（→下記「病後児保育室を利用できない症状①～⑦」を必ずご確認ください。） <input type="checkbox"/> 否 【病後児保育室を利用できない症状】 ① 伝染性疾患（水痘・風疹・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・麻疹・百日咳等）の急性期で他児に感染の恐れがある場合（伝染性疾患の回復期も含む） ② 喘息がひどく、呼吸困難がある ③ 食欲がなく、ほとんど食べたり飲んだり出来ない ④ 嘔吐がひどい ⑤ 下痢・嘔吐による脱水症状の兆候がある（唇・舌・皮膚の乾燥・粘膜がべとつく・ぐったりして元気がない等） ⑥ 水様便が頻繁にある ⑦ その他かかりつけ医が利用できないと考えられる症状がある		
処方内容	（※ 薬手帳、処方箋のコピー添付でも可）		
次回診察予定日	<input type="checkbox"/> 予定あり（平成 年 月 日）・ <input type="checkbox"/> 予定なし		
その他の注意事項			

緊急時には、病後児保育室から薬や病後児の対応について、お電話する場合があります。（TEL 011-706-4384）

記載年月日：平成 年 月 日
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師署名

※本連絡票は、記載年月日を含め7日間有効です。