

診察医連絡票

京都大学男女共同参画推進センター病児保育室 御中

診察時体温

()°C

ふりがな

子どもの名前() 性別(男・女) 生年月日(年 月 日) ()歳

保護者名 ()

住所 ()

病名

<病名不明の時>

1 発熱 2 下痢 3 嘔吐

4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹

病期(○印)

1 急性期(発熱等) 2 回復期(解熱・微熱等)

京大病児保育室では、以下のような病状・症状の子どもはお預かりできませんのでご了承ください。

- ・ 伝染性疾患(水痘、流行性耳下腺炎、麻疹、風疹、流行性角結膜炎、インフルエンザ、ロタなど)の急性期で他児に感染する恐れがある。
- ・ 嘔吐・下痢がひどい。
- ・ 脱水症状(皮膚や口唇の乾燥、涙が出ない、ぐったりして元気がない、など)がある。
- ・ 咳、喘鳴がひどく、呼吸困難である。(喘息発作を含む)
- ・ その他、医師により受け入れが不可能と判断された状態。

処置・検査
指示など

処方内容

*ご利用時、お薬手帳を必ずご持参ください。

保育室利用の可否(○印)

可 ・ 不可

隔離室の利用

必要 ・ 不必要

病児保育室の利用にあたって、上記の点について連絡します。

年 月 日

医療機関名 ()

電話番号 ()

担当医師名 ()