

様式第3号(第9条関係)

医療機関記入

医師連絡票

年 月 日

(宛先)実施施設の長 様

医療機関 所在地

名称

電話

担当医師 氏名

印

伊那市病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり連絡します。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 月)
病名・症状等	現疾患の 発症日	年 月 日			
	病名・症状等(該当番号に○)				
	1 咽頭炎	12 インフルエンザ感染症 (A・B)			
	2 急性上気道炎	13 マイコプラズマ感染症			
	3 気管支炎・肺炎	14 手足口病			
	4 喘息・喘息性気管支炎	15 RSウイルス感染症			
	5 ヘルパンギーナ	16 咽頭結膜熱			
	6 感冒性胃腸炎	17 アデノウイルス感染症			
	7 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他)	18 溶連菌感染症			
	8 周期性嘔吐症(自家中毒症)	19 中耳炎			
	9 流行性耳下腺炎	20 伝染性膿痂疹			
	10 水痘	21 その他(病名 :)			
	11 風しん	22 病名不明時は症状 (発熱・嘔吐・その他)			
程度 (○印)	1 重症 (高熱)	2 中等症	3 軽症		
病状 (○印)	1 急性期	2 回復期			
隔離度(○印)	1 是非とも必要	2 できれば必要	3 不要		
昼食 (○印)	1 普通食 2 お粥 軟菜食 3 家族と相談 4 食事アレルギーあり (この場合施設での食事提供は不可)				
投 薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳又は薬剤情報を参照してください。 (該当の場合は、 <input type="checkbox"/> にレを記入してください。)				
備 考					