様式第　号

医療機関記入

医　師　連　絡　票

（提出先）　　平成　　年　　月　　日

駒ケ根市長　飯島町長　宮田村長、中川村長 様

医療機関　所在地

名　称

電　話

担当医師　氏　名　　㊞

駒ケ根市・飯島町・宮田村・中川村（伊南４市町村）病児・病後児保育の利用について、以下の通り連絡します。
なお、記入した個人情報を伊南４市町村および病児・病後児保育施設で共有することを承諾します。

患 者 氏 名		性別	男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日 （　　歳　　月）
病　　名	病名（該当番号に○） １ 咽頭炎・扁桃腺炎・上気道炎 ２ 気管支炎・肺炎 ３ 喘息・喘息性気管支炎 ４ インフルエンザ感染症 ５ マイコプラズマ感染症 ６ 溶連菌感染症 ７ 感染性胃腸炎（ノロ以外） ８ ロタウイルス胃腸炎 ９ 周期性嘔吐症（自家中毒） １０ 中耳炎 １１ 流行性耳下腺炎 １２ 水痘 １３ 風疹 １４ 突発性発疹 １５ ヘルパンギーナ １６ 手足口病 １７ 伝染性膿痂疹 １８ 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（超急性期でない）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　食事アレルギーあり（この場合、当施設での昼食提供は不可）				
投　　薬	□　お薬手帳を参照して下さい。（該当の場合は□に✔チェック）				
備　　考					