

医師連絡票

年 月 日

（提出先）伊那市長 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ついて、以下のとおり連絡します。

なお、記入した個人情報を伊那市及び実施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	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      10 中耳炎 2 気管支炎・肺炎                      11 流行性耳下腺炎 3 喘息・喘息性気管支炎              12 水痘 4 インフルエンザ感染症              13 風疹 5 マイコプラズマ感染症              14 突発性発疹 6 溶連菌感染症                        15 ヘルパンギーナ 7 感染性胃腸炎（ノロ以外）        16 手足口病 8 ロタウイルス胃腸炎                17 伝染性膿痂疹 9 周期性嘔吐症（自家中毒）        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 制限あり（                      ） 3 食事アレルギーあり （除去内容                                      ※実施施設での昼食提供は不可の場合あり）			
投 薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照してください。（該当の場合は <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> チェック）			
次回診察予定日	年 月 日			
備 考				