

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 )	
患者氏名	現疾患の発症日		年 月 日			
	病名・症状等(該当番号に○)					
病名・症状等	1	咽頭炎	12	インフルエンザ感染症		
	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	18	溶連菌感染症		
		(ノロ・ロタ・その他 )	19	中耳炎		
	8	周期性嘔吐症(自家中毒症)	20	伝染性膿痂疹		
	9	流行性耳下腺炎	21	その他(病名 : )		
	10	水痘	22	病名不明時は症状		
11	風しん		(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、□にレを記入してください。)					
備 考						