

年 月 日

病児・病後児保育事業 医師連絡票

ら.ら.ら. 保育園宛

医療機関	所在地	
	名称	
	電話	
	FAX	
担当医師	氏名	印

ら.ら.ら. 保育園病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別		生年月日	令和・平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
患者住所					
電話番号				保護者氏名	

【医療機関記入欄】

主な症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
投薬状況 及び経過など			
特記すべき 既往歴	<input type="checkbox"/> 有 熱性けいれん (回)		
	<input type="checkbox"/> 無 喘息 食物アレルギー ()		
	<input type="checkbox"/> 不明 その他 ()		
利用事業	病児保育事業		病後児保育事業
保育上の 注意事項			
保育上 の留意点	<input type="checkbox"/> ベッドで安静		
	<input type="checkbox"/> 室内安静		
	<input type="checkbox"/> 室内保育		

(注) この連絡票の作成による料金は、保険診療（診療情報提供料 I）の扱いとなります。