

様式第3号(第8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

駒ヶ根市・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、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				
	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 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	□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					