

# 五所川原市病後児保育事業 医師連絡票

平成 年 月 日

五所川原市長 宛

医療機関 所在地  
 名称  
 電話  
 F A X  
 担当医師 氏名 印

五所川原市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】**

児童氏名		性別		生年月日	平成 年 月 日生（ 歳 ヶ月）
児童住所					
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	投 薬（ 有 ・ 無 ）		
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（ ）	
その他の 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。