

様式第3号（第6条関係）

五所川原市病児保育事業 医師連絡票

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

五所川原市病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	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	☐ 急性上気道炎	☐ 気管支炎・肺炎	☐ 喘息・喘息様気管支炎
	☐ ヘルパンギーナ	☐ 感染性胃腸炎	☐ 流行性耳下腺炎
	☐ 水痘	☐ インフルエンザ	☐ 咽頭結膜炎
	☐ 溶連菌感染症	☐ 中耳炎	☐ 伝染性膿痂疹
	☐ 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	☐ 有 熱性けいれん（ 回）		
	☐ 無 喘息 食物アレルギー（ ）		
	☐ 不明 その他（ ）		
その他の 注意事項			
保育上 の留意点	☐ ベッドで安静		
	☐ 室内安静		
	☐ 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。