

様式第3号(第8条関係)
診療情報提供書

三次市病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

三次市長 様

医療機関 住 所
名 称
医師名
電話番号

次の者の病児・病後児保育の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり連絡します。
(記入又は○で囲んでください。)

児童氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
病 名	1 感冒・感冒様症候群	9 手足口病	主な症状	
	2 扁桃腺炎	10 伝染性紅斑		
	3 気管支炎	11 風しん	2 下痢	
	4 喘息・喘息様気管支炎	12 水痘	3 嘔吐	
	5 感冒性嘔吐症	13 流行性耳下腺炎	4 咳	
	6 消化不良	14 インフルエンザ(A・B)	5 喘鳴	
	7 中耳炎・外耳炎	15 溶連菌感染症	6 発疹	
	8 結膜炎	16 その他 ()	7 その他	
病状 病状の経過 治療状況等	1 急性期	2 回復期		
安静度	1 室内保育 2 室内安静 3 ベッド上安静 4 隔離室で隔離 5 その他 ()			
食事に関する 特別な指示	1 なし 2 あり ()			
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ()			
	薬品名・用量・用法 薬の保管方法(室温・冷蔵庫・その他)			
その他の 注意事項				
この児童は、診察の結果、上記の病中又は傷病の回復期にあり、 <input type="checkbox"/> 病児保育室 <input type="checkbox"/> 病後児保育室 の利用が、 <input type="checkbox"/> 月 日まで ・ <input type="checkbox"/> 治癒まで 可能です。(該当に✓をお願いします。)				

ご注意 ①病児・病後児保育室を利用するために、実施施設へお子様の病状に関する情報を提供します。
 ②感染症については注意いたしますが、感染の可能性があることについてはご了承ください。
 ③利用期間は、1回の申込につき原則として連続7日までとなります。
 ④病児・病後児保育を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、希望する日に必ずお子様を預けられるというものではありません。予約については、施設にご確認ください。

上記「ご注意」に同意のうえ、下記に保護者が記入してください。

保護者 住 所 氏 名 電話番号
