

三戸町病後児保育事業 医師連絡票

年 月 日

三戸町長 殿

医療機関 所在地
 名称
 電話
 FAX
 担当医師 氏名 _____ 印

三戸町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】

ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生
児童住所					
電話番号		保護者氏名			

【医療機関記入欄】

診 断 日	令和 年 月 日				
利 用 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
病 名	<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 経過等	投 薬（ 有 ・ 無 ）				
特記すべき 既往歴	熱性けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 回） 喘 息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ _____ ） その他 （ _____ ）				
病後児保育の 適 否	回復期である ・ 回復期ではない				
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 ※隔離の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
そ の 他 の 留 意 事 項					

（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。