様式第３号（第９条関係）

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	□ 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（　）
投薬状況及び経過等	投　薬（　有　・　無　）
特記すべき既往歴	熱性けいれん　□ 無　□ 有（　回） 喘　息　□ 無　□ 有 食物アレルギー　□ 無　□ 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	□ ベッドで安静　□ 室内安静　□ 室内保育 ※隔離の必要性　□ 無　□ 有
その他の留意事項	