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
ＦＡＸ
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　アレルギー（薬物・食物）（　　） | |
| | □　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。**