

年 月 日

秋川流域病児・病後児保育事業医師連絡票

あきる野市長 殿

医療機関 名 称
所在地
電話番号
医 師 名

⑩

病児・病後児保育事業の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

<保護者記入欄>

児 童 名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			
保護者氏名		電話番号	

<医療機関記入欄>

病児・病後児保育の利用 (○印)	可	不可
症状 (○印)	1 急性期 (病児保育)	2 回復期 (病後児保育)
病 名 (○印)	01 急性上気道炎 02 気管支炎・肺炎 03 ぜん息発作又は ぜん息様気管支炎 04 感染性胃腸炎 05 インフルエンザ 06 流行性耳下腺炎	07 咽頭結膜熱 08 水痘 09 溶連菌感染症 10 手足口病 11 ヘルパンギーナ 12 その他 ()
	主な症状	
	01 発熱 02 下痢 (経口摂取 できる。できない) 03 おう吐 (経口摂取 できる。できない) 04 せき 05 ぜん鳴 06 発しん 07 その他 ()	
隔離 (○印)	要	不要
安静度 (○印)	1 室内保育(他児と遊んでよい) 2 室内安静(ベッドの生活が主、静かな遊び可) 3 ベッド上	
病状の経過 治療状況等		
既往歴 家族歴	薬・その他の アレルギー (○印)	ある ない
食事に関する 特別な指示	なし あり ()	
処方内容	※別紙説明書のとおり (説明書が無い場合は記載してください。)	
その他注意事項		

※主治医の先生へ
この連絡票は、上記児童があきる野市病児・病後児保育事業を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。
必要な事項をご記入の上、保護者にお渡しくださるようお願いいたします。
なお、書類作成にかかる費用は、【診療情報提供料 I (250点)】でお取扱い願います。(患者1人につき、月1回に限る)

注1 市が正本を保管し、病児・病後児保育室は写しを保管する。
注2 問い合わせ あきる野市子ども家庭部子ども家庭支援センター子育て支援事業係
電話番号 042-550-3361