医療機関記入

医　師　連　絡　票

　　　　年　　月　　日

(宛先)実施施設の長

|  |  |
| --- | --- |
|  | 医療機関　所在地  　　　　　名称  　　　　　電話  担当医師　氏名 |

松川町病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 性別 | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日  (　　歳　　月) |
| 病名・症状等 | 現疾患の  発症日 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 病名・症状等(該当番号に○) | | | | | | |
| 1　咽頭炎  　2　急性上気道炎  　3　気管支炎・肺炎  　4　喘息・喘息性気管支炎  　5　ヘルパンギーナ  　6　感冒性胃腸炎  　7　感染性胃腸炎  　　（ノロ・ロタ・その他　　　）  　8　周期性嘔吐症(自家中毒症)  　9　流行性耳下腺炎  10　水痘  11　風しん | | | 12 インフルエンザ感染症  13　マイコプラズマ感染症  14　手足口病  15　RSウイルス感染症  16　咽頭結膜熱  17　アデノウイルス感染症  18　溶連菌感染症  19　中耳炎  20　伝染性膿痂疹  21　その他(病名：　　　　　　　　　)  22　病名不明時は症状  （発熱・嘔吐・その他　　　　　　　） | | | |
| 程度（○印） | １　重症（高熱）　　　　　　２　中等症　　　　　　３　軽症 | | | | | | |
| 病状（○印） | １　急性期　　　　　　　　　２　回復期 | | | | | | |
| 隔離度（○印） | １　是非とも必要　　　　　２　できれば必要　　　　３　不要 | | | | | | |
| 昼食（○印） | １　普通食　　２　お粥　軟菜食  ３　食事アレルギーあり（この場合施設での食事提供は不可） | | | | | | |
| 投薬 | □お薬手帳又は薬剤情報を参照してください。  （該当の場合は、□にレを記入してください。） | | | | | | |
| 備　　　考 |  | | | | | | |