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 | 　　 |