

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 (歳	月	日
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							