

病児・病後児保育事業医師連絡票

(宛先) 糸魚川市長

保 護 者 記 入 欄	フリガナ		男・女	年 月 日生
	児童氏名			(歳 か月)
住 所	糸魚川市		(自宅・実家・その他・父・母)	
	電話	— —		
保護者氏名	父:	()歳	職業()	
	母:	()歳	職業()	
※記入した内容は、糸魚川市と実施施設で共有することに同意します。				
出生時の 状況等	出生場所:			家族構成
	在胎:()週 単胎・多胎()子中 ()子 体重:()g 身長:()cm 出生時の特記事項:無・有 妊娠中の異常の有無:無・有、妊婦健診の受診の有無:無・有			育児への支援者 無・有 ()

主 治 医 記 入 欄	※該当するものに○、その他には具体的に記入してください。				
	(傷病名)			(症状)	
	01 急性上気道炎	09 溶連菌感染症	17 発熱		
	02 気管支(肺)炎	10 急性中耳炎	18 咳嗽		
	03 気管支喘息	11 アデノウイルス感染症	19 喘鳴		
	04 急性胃腸炎	12 RSウイルス感染症	20 嘔吐		
	05 嘔吐症	13 インフルエンザウイルス感染症	21 下痢		
	06 突発性発疹症	14 百日咳	22 発疹		
	07 水痘	15 マイコプラズマ感染症	23 その他		
	08 流行性耳下腺炎	16 その他 ()	()		
既往歴、治療状況					
児童の状況					
養育者の状況					
養育環境					
入退院の状況	入院日: 年 月 日	退院日: 年 月 日	退院先の住所等:		
保 育 上 の 留 意 点	隔離の必要	01 なし	02 あり		
	安静度	01 特に制限なし	02 ベット上安静	03 その他 ()	
	飲食	01 特に制限なし	02 その他 ()		
	アレルギー	01 なし	02 あり ()		
	投薬	01 特になし	02 処方のとおり	03 その他 ()	
	その他				
診察の結果、[病児保育室 ・ 病後児保育室]の利用は可能であると思われますので、診療状況を連絡します。					
年 月 日					
住所					
医療機関名					
医師名					
電話番号					
				印	

※対象児童の居住する市宛に情報提供をした場合に、診療情報提供料(Ⅰ)を算定することができます。