

(様式第3号)

医師連絡票(情報提供書)

益田市病後児保育室 様
(吉田保育所 ぞうさんのせなか)

平成 年 月 日

(紹介元医療機関)

所在地

名称

担当医師

印

益田市病後児保育事業の利用にあたり、下記のとおり連絡します。

児童氏名	下記の病名・病状番号等に○印をおつけください		
01 インフルエンザ	10 手足口病	〈病名不明のとき〉 19 発熱 20 下痢 21 嘔吐 22 咳嗽 23 発疹	
02 百日咳	11 ヘルパンギーナ		
03 麻疹	12 感冒(急性鼻炎、咽頭炎)		
04 流行性耳下腺炎	13 扁桃炎		
05 風疹	14 気管支炎		
06 水痘	15 ウイルス性胃腸炎		
07 咽頭結膜熱	16 伝染性膿痂疹		
08 流行性角結膜炎	17 気管支喘息		
09 溶連菌感染症	18 その他()		
安静度	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、静かな遊びは可) 3 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
食事(昼食)	ミルク・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 粥食・牛乳中止 アレルギー食(除去内容)		
治療経過 指示コメント	投薬や吸入の指示、けいれん予防や、解熱時の座薬使用の指示などございましたら、ご記入下さい。		

★急ぐ場合には、とりあえずこの用紙をFAX(0856-22-1754/送信書不要)送付してください。