様式第3号（第5関係）

病児保育医師連絡票

　　年　　月　　日

角田市病児保育事業実施者　殿

病児保育の利用が可能なので、次のとおり連絡します。

（医療機関）

住　所

病院名

医師名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳　　　か月） |
| 児童氏名 |  |
| 住　　所 |  | 電　　話 |  |
| 病　　名 | 1. 感冒・感冒様症候群
2. 咽頭炎
3. 扁桃腺炎
4. 気管支炎
5. 喘息・喘息様気管支炎
6. 消化不良症
7. 感冒性嘔吐症
8. 自家中毒症
9. 中耳炎・外耳炎

10.　結膜炎（はやり目を含む）11.　膿痂疹（とびひ）12.　突発性発疹症 | 13.　手足口病14.　りんご病15.　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）16.　麻疹（はしか）17.　水痘（みずぼうそう）18.　百日咳19.　風疹20.　インフルエンザ21.　溶蓮菌感染症22.　その他の病名または症状　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師所見 | 安　　　静 | ・普通に遊んでも可・室内で静かな遊びは可・主にベッドの上で安静にし静かな遊びは可・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食　べ　物 | ・特に制限なし　　　・制限あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬 | ・なし　　　　・あり（　食前　・　食後　・　その他（　　　　　　　　　　）） |
| アレルギー | ・なし　　　　・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他留意事項 |  |

※主治医の先生へ

この用紙は、病児保育事業を利用するために必要な情報を提供いただくものです。保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

なお、書類作成に係る費用は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）でお願いいたします。また、保育中に病状が急変する等、緊急を要する事態が発生した場合の受入れ等についてご協力をお願いする場合がございますのでよろしくお願いいたします。