

年 月 日

病児保育事業 医師連絡票

医療機関	所在地
	名 称
	電 話
	F A X
担当医師	氏 名
	印

病児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
患者住所					
電話番号				保護者氏名	

【医療機関記入欄】

主な症状	☐ 急性上気道炎	☐ 気管支炎・肺炎	☐ 喘息・喘息様気管支炎
	☐ ヘルパンギーナ	☐ 咽頭結膜炎	☐ 溶連菌感染症
	☐ 中耳炎	☐ 伝染性膿痂疹	☐ その他 ()
投薬状況 及び経過など			
特記すべき 既往歴	☐ 有 熱性けいれん (回)		
	☐ 無 喘息 食物アレルギー ()		
	☐ 不明 その他 ()		
その他の 注意事項			
保育上 の留意点	☐ ベッドで安静		
	☐ 室内安静		
	☐ 室内保育		