

第2号様式（第6条関係）

医師連絡票
(病児・病後児保育診療情報提供書)

清須市長様

保護者記載欄	
保護者名	
児童名	
生年月日	年 月 日

標記の児童の診察情報について、次のとおり提供します。

医師記載欄			
<p>※ 該当する病名、症状に「レ」チェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>感冒・感冒様症状群 <input type="checkbox"/>いん頭炎 <input type="checkbox"/>へん桃腺炎 <input type="checkbox"/>気管支炎 <input type="checkbox"/>ぜん息 <input type="checkbox"/>百日せき <input type="checkbox"/>ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/>感冒性おう吐症 <input type="checkbox"/>消化不良 <input type="checkbox"/>自家中毒 <input type="checkbox"/>中耳炎 <input type="checkbox"/>風しん <input type="checkbox"/>外耳炎 <input type="checkbox"/>結膜炎 <input type="checkbox"/>膿瘍 <input type="checkbox"/>突発性発疹症 <input type="checkbox"/>手足口病 <input type="checkbox"/>伝染性紅はん <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>インフルエンザ</p> <p>《病名不明のとき》 <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>おうと <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>ぜい鳴 <input type="checkbox"/>発しん <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>《病児保育で預かれない疾患》 <input type="checkbox"/>麻しん <input type="checkbox"/>水痘 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>新型コロナウィルス感染症</p>			
病状 (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期	
安静度 (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベットでの生活が主他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事 (昼食) (「レ」チェック)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食 (□前期 □中期 □後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：)		
処方内容	薬品名	用量	用法
	□別紙参照 (薬情、処方薬、薬手帳等)		
備考	連絡票有効期限 () 日間 ※7日間を限度とします。 翌日も病児・病後児保育が <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 保育園等に復帰 次回診察予定日 月 日 () ※ その他お気づきのことを記載してください。		

年 月 日

医療機関名
 医師名
 (自署の場合、押印不要)
 所在地
 電話