

大刀洗町長 様

大刀洗町病後児保育事業病状連絡票

児童氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	男・女
病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿か疹	(病気不明のとき)	
	02 咽頭炎	12 手足口病	20 発熱	
	03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑	21 下痢	
	04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 嘔吐	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 水痘	23 咳そう	
	06 消化不良	16 百日咳	24 喘鳴	
	07 感冒性嘔吐症	17 風疹	25 発疹	
	08 自家中毒	18 インフルエンザ( )型		
	09 中耳炎・外耳炎	19 その他		
	10 結膜炎	( )		
診療形態	1外来                      2往診                      3入院( 年 月 日～ 年 月 日)			
発症月日	年 月 日	初診月日	年 月 日	
初発/再発	1初発                      2再発( 年 月 日)			
病状・既往歴・治療状況				
現在の処方				
安静度	<input type="checkbox"/> ベット上安静	<input type="checkbox"/> 室内安静(ベットでの生活が主、静かな遊びは可)		
	<input type="checkbox"/> 室内保育	<input type="checkbox"/> 安静室で隔離		
保育上の留意事項				
<input type="checkbox"/> 特になし				
<input type="checkbox"/> 食事 ( )				
<input type="checkbox"/> 特異体質など ( )				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

**【連絡票をご記入いただく医師の皆様へ】**  
 この連絡票は、児童が病気の回復期にあるものの、集団保育が困難であるご判断いただいた場合にご記入をお願いいたします。ご不明な点がございましたら、こども課子育て支援係(0942-77-6205)までご連絡ください。

**【医療機関の事務の皆様へ】**  
 病状連絡票の経費は2,500円+税を町から医療機関にお支払いします。  
 お手数ですが、請求方法についてはこども課子育て支援係(0942-77-6205)までご連絡ください。