

全て医療機関記入

湯沢町病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日 記入

湯沢町長 様

医 療 機 関 名 称

電 話

担 当 医 師 氏 名



湯沢町病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

患 者 氏 名	男・女	年 月 日 生 満( )歳
病 名 ・ 症 状	1 急性上気道炎	10 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	11 風疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水痘
	4 ヘルパンギーナ	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症(自家中毒症)	15 中耳炎
	7 突発性発疹症	16 百日咳
	8 手足口病	17 伝染性膿痂疹
	9 流行性耳下腺炎	18 その他 (病名 )
(病名不明のとき)		
	19 発熱	20 下痢
	21 嘔吐	22 咳嗽
	23 喘鳴	24 発疹
病児・病後児保育の利用可否	1. 可 ( 治療中 ・ 回復期 )      2. 否	
隔 離 の 必 要	1. あり    2. なし	特に注意する点
安 静 度	1. ベッド上安静 2. 室内安静 (ベット上が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	
薬の有無	<input type="checkbox"/> 薬 有 <input type="checkbox"/> 薬 無	
投薬時の注意	<input type="checkbox"/> 投薬は薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他の指示事項		
病児・病後児保育を必要とする期間	月 日 から 月 日まで ( 日間) ※町の基準により7日間以内となります。	

平日の通常診察時間内での発行が原則となりますので、本票発行を目的とした時間外受診はご遠慮ください。