第5号様式(第3条関係)

医療機関記入

韮崎市病児・病後児保育所利用連絡票

記入日　　年　　月　　日

(宛先)韮崎市長

所在地
医療機関名称
電話
担当医師氏名　　(※)

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

診断の結果、現時点での韮崎市病児・病後児保育所の利用が可能です。
よって、症状について、次のとおり連絡いたします。

児童氏名	(　男・女　)	年　月　日生　(　　)歳
児童住所		
病名・症状	1　急性上気道炎 2　気管支炎・肺炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　嘔吐下痢症 5　感染性胃腸炎 6　周期性嘔吐症(自家中毒症) 7　突発性発疹症 8　手足口病 9　流行性耳下腺炎	10　風疹 11　インフルエンザ 12　溶連菌感染症 13　中耳炎 14　百日咳 15　伝染性膿痂疹 16　その他 (病名：　　) (症状：　　)
診療形態	1　外来　2　往診　3　入院(　　年　月　日　～　　年　月　日)	
既往歴、治療及び症状経過		
現在の投薬処方		
昼食	1　普通食　2　軟食　3　粥(全・5分・3分) 4　離乳食(前期・中期・後期) 5　アレルギー食(除去内容：　　)	
保育上の留意点	1　完全な隔離　2　隔離　(同病の他児との同室は可) 3　室内保育　(他児との同室は可)	
	特に留意する点	

※連絡票の有効期限は記入日から4日間以内のものとする。

期限を過ぎた場合は再度受診するようお願いいたします。