

西条市病児・病後児保育事業利用連絡書

令和 年 月 日

西条市長 殿

医療機関所在地
名称
担当医師氏名
電話番号 () - 印

西条市病児・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		性別	男・女
患者生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳)		
患者住所	西条市		
電話番号		保護者氏名	
病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎 11 流行性耳下腺炎 2 気管支炎・肺炎 12 麻しん 3 喘息 13 水痘 4 喘息性気管支炎 14 風しん 5 嘔吐下痢症 15 インフルエンザ 6 感染性胃腸炎 16 溶連菌感染症 7 周期性嘔吐症 (自家中毒症) 17 中耳炎 8 突発性発疹症 18 膿痂疹 9 手足口病 19 その他 () 10 伝染性紅班 (りんご病)		
	(病名不明のとき) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹		
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日)		
症状	1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (解熱・微熱等)		
隔離の必要性	1 必要 2 不要		
安静度	1 安静必要 (ベッド上での生活が主) 2 安静必要 (室内での静かな遊び可) 3 安静不要 (普通の遊び可)		
既往症、治療 及び症状経過	次回診察予定日 月 日 ()		
現在の 投薬処方			
注意事項			

※医療機関へ

この連絡書を記載していただく料金は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。

この連絡書は、西条市病児・病後児保育事業の利用に際し、発行してください。