様式第３号（第５条関係）

米原市病児・病後児保育医師連絡票

年　　月　　日

米原市地域包括医療福祉センター長　様

医療機関
所 在 地
電話およびFAX番号
担当医師名　　㊞

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり連絡します。

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年　月　日（　歳　か月）		
住所	市・町		
保護者氏名		電話番号	
病状・症状（番号に〇）	1　急性上気道炎 3　喘息・喘息様気管支炎 5　その他（　　） 2　気管支炎・肺炎 4　感染性胃腸炎 原因菌（　　） ※分かれば記入		
	（病名不明のとき） 6 発熱　7 下痢　8 嘔吐　9 咳　10 喘鳴　11 発しん 12 その他（　　）		
現在の投与処方 ※コピー添付可	1　投与方法および投与薬品名等 2　解熱剤使用：なし・あり（　日　時）		
安静度 ※特に安静が必要な場合記載	1　隔離（要・不要） 2　その他		
食事（昼食）に関する特別な指示	1　なし 2　あり（　　）		
医師所見 ※特に必要がある場合のみ記載	＊ 次回診察予定日：　月　日（　）		