

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

米原市長 様

保護者 住所 市  
氏名  
電話

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			
生 年 月 日	年	月	日 (満 歳 か月)
住 所	市・町		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病 状 ・ 症 状 (番号に○)	1 急性上気道炎	2 気管支炎・肺炎	原因菌( ) ※分かれば記入
	3 喘息・喘息様気管支炎	4 感染性胃腸炎	
	5 その他 ( )		
	(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 ある ( )		
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 ( )		

本証明書の内容について、相違ないことを認める。

医療機関

所在地

電話番号およびFAX番号

担当医師名

㊞