

医 師 連 絡 票

年 月 日

(宛先) 茅野市長

医療機関 住所
名称
電話
医師氏名

病児・病後児保育施設の利用にあたり、次のとおり連絡します。
なお、記入した個人情報、茅野市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ					年 月 日
児童氏名		性別	男・女	生年月日	(歳 月)
病名・症状等	(該当する病名・症状等に○印) 1 上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 気管支喘息・喘息様気管支炎 4 胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス・細菌性()) 5 インフルエンザ 6 溶連菌感染症 7 ヘルパンギーナ (病名:) 8 RSウイルス感染症 9 アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱・流行性角結膜炎・扁桃炎) 10 流行性耳下腺炎 11 水痘 12 風疹 13 手足口病 14 百日咳 15 中耳炎・外耳炎 16 その他 17 病名不明				
症 状	(該当に○) 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 発疹 その他 ()				
診 療 形 態	発症年月日 年 月 日				
	最終診察日 年 月 日				
	(該当に○) 1 外来 2 入院 (年 月 日から 年 月 日)				
	(該当に○) 1 急性期(発熱等) 2 回復期(下熱・微熱等)				
安 静 度	(該当に○) 1 ベット上安静 2 室内安静(ベット上での生活が主、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)				
与 薬 内 容	□お薬手帳又は薬剤情報を参照してください。 (該当の場合は、□にレを記入してください。)				
次 回 診 察 予 定 日	年 月 日に受診予定				
その他指示事項	(基礎疾患等あれば記入してください。)				

※情報提供した場合は、診療情報提供料(I)を算定することができます。