

伊丹市病児・病後児保育事業医師連絡票

年 月 日

伊丹市長 宛

＜医療機関＞

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

(本人が自署しない場合は、記名押印してください。)

伊丹市病児・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。

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

児童氏名		生年月日	年	月	日生
住 所					
保護者氏名			電話番号		
病名・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 膿痂しん(とびひ) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(アデノウイルス) <input type="checkbox"/> 外傷・その他()			
治療経過・症状等					
現在の投薬処方	処方	処方内容 (薬剤名・用量・用法等)			
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
配慮を要する事項					
安静度	<input type="checkbox"/> 安静室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(安静が主, 他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)				

.....＜以下実施施設の指定する医師記入欄＞.....

保育利用の可否	<input type="checkbox"/> 利用可能 <input type="checkbox"/> 利用不可能
---------	---

伊丹市病児・病後児保育事業の利用について、上記のとおり証明いたします。

年 月 日

(本人が自署しない場合は、記名押印してください。)