

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

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
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"/> 流行性耳下腺炎				
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)				
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)				
	<input type="checkbox"/> 哮息・喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 風しん				
	<input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 中耳炎				
	<input type="checkbox"/> 突発性発しん	<input type="checkbox"/> 腫瘍しん(とびひ)				
	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(アデノウィルス)				
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<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 担当医師氏名