

伊勢原市病児・病後児保育事業医師連絡票

伊勢原市長 殿

年 月 日

医療機関 名 称
所 在 地
連絡先電話
医 師 氏 名

伊勢原市病児・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。

児 童 氏 名			
病 名 (番号に○)	病 名		検査を行った項目(月 日)※1
	01 急性上気道炎 02 気管支炎 03 肺炎 04 喘息様気管支炎 05 喘息 06 感染性胃腸炎() 07 扁桃腺炎 08 ヘルパンギーナ 09 手足口病	10 咽頭結膜熱 11 インフルエンザ(型) 12 流行性耳下腺炎 13 溶連菌感染症 14 伝染性膿痂疹(とびひ) 15 中耳炎 16 突発性発疹 17 その他 ()	新型コロナウイルス感染症 (+ / -) インフルエンザ (+ / -) アデノウイルス (+ / -) 溶連菌 (+ / -) RSウイルス感染症 (+ / -) ヒトメタニューモウイルス (+ / -) ノロウイルス (+ / -) その他 ()
隔離室 (隔離保育)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
処方内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳・処方箋参照)		
この連絡票の 有効期間	年 月 日 (医療機関受診日) ~ 7日間(土・日・祝日含む)		
その他 注意事項など			

※1 検査を行った場合は結果をご記入ください。

*医療機関の皆様へ

この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

[問合わせ先] 伊勢原協同病院 病児・病後児保育室 ひまわり 電話:0463-94-2148