年　　月　　日

秋川流域病児・病後児保育事業医師連絡票（改訂版）

あきる野市長　殿

名　　称
所 在 地
電話番号
医 師 名　　㊞

病児・病後児保育事業の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

＜保護者記入欄＞

児　童　名		生年月日	年　　月　　日生(　　歳)
住　　所			
保護者氏名		電話番号	

＜医療機関記入欄＞

利用目的(数字に〇)	１．急性期（病児保育）　　２．回復期（病後児保育）		
病　　名 (数字に〇)	1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 喘息発作又は喘息様気管支炎 4. 感染性胃腸炎 5. インフルエンザ 6. 流行性耳下腺炎 7. 咽頭結膜熱 8. 水痘 9. 溶連菌感染症 10. 手足口病 11. ヘルパンギーナ 12. その他 (　　)	主な症状	1. 発熱 2. 鼻汁 3. 咳嗽 4. 嘔吐 5. 下痢 6. 喘鳴 7. 発疹 8. けいれん 9. その他 (　　)
個別対応 (数字に〇)	１．要　　２．不　要 個別対応が必要な理由：		
安静度(数字に〇)	１．室内保育　　２．床上安静		
病状の経過 治療状況等			
これまでに行った 迅速検査など	あり　・　なし 実施内容　：		
新型コロナウイルス (核酸増幅法)検査	新型コロナウイルス検査(核酸増幅法)陰性確認日　　年　　月　　日 未実施理由　： ※「ぬくもり」は発熱・呼吸器症状・消化器症状ある方は基本的にコロナウイルス検査が必要です		
既 往 歴 家 族 歴		薬・その他の アレルギー	あり　・　なし ※アレルギー内容（　　）
食事に関する 特別な指示	あり　・　なし 指示内容　：		
発熱時の対応	ダイアップ　：　あり(　　℃以上で投与　)　・　なし 解熱薬　：　あり(　　℃以上で投与　)　・　なし		
処方内容	※説明書が無い場合は記載してください。		
その他注意事項			

※主治医の先生へ
この連絡票は、上記児童があきる野市病児・病後児保育事業を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。
必要な事項をご記入の上、保護者にお渡しくださるようお願いします。
なお、書類作成にかかる費用は、【診療情報提供料Ⅰ(250点)】でお取扱い願います。(患者１人につき、月１回に限る)

注１　市が正本を保管し、病児・病後児保育室は写しを保管する。
注２　問い合わせ　秋川流域病児・病後児保育室「ぬくもり」　電話番号　042-518-7078