

かかりつけ医師連絡票

大川市長 様

大川市病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

ふりがな				性別	男 ・ 女	年齢	歳 月
児童名							
病名・症状 (該当する 箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症		<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症			
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 手足口病		<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症			
	<input type="checkbox"/> 急性気管支炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ		<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症			
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）		<input type="checkbox"/> 膿痂疹			
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		その他の病気			
	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎	<input type="checkbox"/> 麻疹		()			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 百日咳					
安静度	<input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 隔離を要する <input type="checkbox"/> その他 ()						
既往歴 (該当する 箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> 先天性心臓病 ()						
現在服用し ているお薬 (該当する 箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 抗生剤	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> 坐薬			
	<input type="checkbox"/> 風邪薬	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> シロップ			
	<input type="checkbox"/> 解熱剤	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> 坐薬			
	<input type="checkbox"/> 吐気止め	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 坐薬			
	<input type="checkbox"/> 下痢止め	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠				
	<input type="checkbox"/> 喘息の薬	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 貼付剤			
	<input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠	<input type="checkbox"/> シロップ			
	<input type="checkbox"/> 抗けいれん薬	<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> 錠				
	<input type="checkbox"/> その他	()					
指示事項 (該当する 箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 状態変化時連絡 <input type="checkbox"/> 消化のよい食事 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> クーリング			
その他特記 事項							

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
担当医師名
電話番号

印

(注) 流行性角結膜炎、頭じらみはお預かりできません。

連絡票をご記入いただくお医者様へ
 この連絡票は、大川市の子育て支援事業の一環として医師会のご協力をいただいているものです。なお、文書料につきましては、診療情報提供（I）250点適用により診療報酬請求していただくとともに、利用者の方より自己負担分の支払いを受けていただきますようお願いいたします。
 【当事業への問い合わせ ・ 大川市子ども未来課 TEL 0944-85-5535 】