

第3号様式（第8条関係）

医 師 連 絡 票

柏崎市長 様

病児保育の利用について、以下の点について連絡します。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

| 受 診 日 | 年 月 日 | 児童氏名 | | |
|-----------------------------|--|--------------|--------|--|
| 病 名 (番号に○) | 出席停止を要する疾患 | その他の疾患 | 病名不明の時 | |
| | 01インフルエンザA型 | 15感冒・感冒様症候群 | 26発熱 | |
| | 02インフルエンザB型 | 16咽頭炎 | 27下痢 | |
| | 03流行性耳下腺炎 | 17扁桃腺炎 | 28嘔吐 | |
| | 04咽頭結膜熱（プール熱） | 18気管支炎 | 29咳軟 | |
| | 05百日咳 | 19喘息・喘息様気管支炎 | 30喘鳴 | |
| | 06風疹 | 20消化不良 | 31発疹 | |
| | 07麻疹 | 21中耳炎・外耳炎 | 32その他 | |
| | 08水痘 | 22感冒性嘔吐症 | () | |
| | 09流行性角結膜炎 | 23結膜炎 | | |
| | 10流行性嘔吐下痢症 | 24RSウイルス感染症 | | |
| | 11溶連菌感染症 | 25その他 | () | |
| | 12伝染性紅斑（りんご病） | | | |
| | 13手足口病 | | | |
| | 14その他 | | () | |
| 保 育 形 態 (番号に○) | 1 隔離（登園・登校停止を必要とする感染症等の場合） 2 他児と一緒に | | | |
| 処 方 内 容 注 意 事 項 そ の 他 | | | | |

※本票を「柏崎市病児保育事業利用申込書」に添付してください。

(その2)

(柏崎市病児保育事業)

年 月 日

柏崎市長 様

紹介元医療機関

名 称

医師氏名

⑩

電 話

| | |
|------|-----------------|
| 患者氏名 | 性別 男 ・ 女 |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | 生年月日 年 月 日 (歳) |

| |
|------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往症及び家族歴 |
| 病状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備考 |

※ 本票を「柏崎市病児保育事業利用申込書」に添付してください。