

利根町病児保育事業医師連絡票 (町外在住者用)

利根町長 様

(保護者記入)

年 月 日

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	(満 歳)	
住所 (町外在住者)			
保護者氏名	父：	母：	
	電話番号	電話番号	

(医療機関記入)

病名・症状 (該当に○をつける)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 感冒 感冒様症状</td> <td style="width: 50%;">11 手足口病</td> </tr> <tr> <td>2 咽頭炎</td> <td>12 伝染性紅斑</td> </tr> <tr> <td>3 気管支炎</td> <td>13 流行性耳下腺炎</td> </tr> <tr> <td>4 肺炎</td> <td>14 百日咳</td> </tr> <tr> <td>5 溶連菌感染症</td> <td>15 咽頭結膜炎</td> </tr> <tr> <td>6 感染性胃腸炎</td> <td>16 インフルエンザA</td> </tr> <tr> <td>7 中耳炎 外耳炎</td> <td>17 インフルエンザB</td> </tr> <tr> <td>8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)</td> <td>18 風疹</td> </tr> <tr> <td>9 膿痂疹</td> <td>19 その他 ()</td> </tr> <tr> <td>10 突発性発疹</td> <td></td> </tr> </table> <p>(病名不明) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 発疹</p>	1 感冒 感冒様症状	11 手足口病	2 咽頭炎	12 伝染性紅斑	3 気管支炎	13 流行性耳下腺炎	4 肺炎	14 百日咳	5 溶連菌感染症	15 咽頭結膜炎	6 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA	7 中耳炎 外耳炎	17 インフルエンザB	8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)	18 風疹	9 膿痂疹	19 その他 ()	10 突発性発疹	
1 感冒 感冒様症状	11 手足口病																				
2 咽頭炎	12 伝染性紅斑																				
3 気管支炎	13 流行性耳下腺炎																				
4 肺炎	14 百日咳																				
5 溶連菌感染症	15 咽頭結膜炎																				
6 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA																				
7 中耳炎 外耳炎	17 インフルエンザB																				
8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)	18 風疹																				
9 膿痂疹	19 その他 ()																				
10 突発性発疹																					
既往歴および治療状況等																					
安静度	・ 隔離室で隔離 (空気感染受入不可) ・ 室内安静 ・ 室内保育 ・ その他 ()																				
食事に関する特別な指示	・ なし ・ 普通食 ・ ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) ・ 幼児食 ・ 下痢食 ・ アレルギー食 (除去内容) ・ その他 ()																				
処方内容・その他注意事項																					
治療期間 (見込)	月 日 ~ 月 日 (次回診療予定日： 月 日)																				
新型コロナ陰性証明	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 未実施 (検査不要)																				
この児童は診察の結果、上記の病中又は病気の回復期にあり、現時点での入院の必要性は認められません。 年 月 日																					
医療機関名 所在地 電話番号 F A X 医師名 _____																					

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番

利根町病児保育事業医師連絡票 (町外在住者用) 記入例

利根町長 様

(保護者記入)

令和〇年 〇月 〇日

児童氏名	利根 太朗	性別	男・女
生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (満 〇 歳)		
住所 (町外在住者)	△△市△△△△番地△△		
保護者氏名	父: 利根 一男	母: 利根 桜	
	電話番号 ××××-××-××××	電話番号 ××××-××-××××	

(医療機関記入)

病名・症状 (該当に○をつける)	1 感冒 感冒様症状	11 手足口病
	2 咽頭炎	12 伝染性紅斑
	3 気管支炎	13 流行性耳下腺炎
	4 肺炎	14 百日咳
	5 溶連菌感染症	15 咽頭結膜炎
	6 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA
	7 中耳炎 外耳炎	17 インフルエンザB
	8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)	18 風疹
	9 膿痂疹	19 その他 ()
	10 突発性発疹	
	(病名不明) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 発疹	
既往歴および 治療状況等	安静を要する	
安静度	・隔離室で隔離 (空気感染受入不可) ・室内安静 ・室内保育 ・その他 ()	
食事に関する 特別な指示	・なし ・普通食 ・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 (前期 ・中期 ・後期) ・幼児食 ・下痢食 ・アレルギー食 (除去内容) ・その他 ()	
処方内容 ・その他 注意事項	特になし	
治療期間 (見込)	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 (次回診療予定日: 月 日)	
新型コロナ陰性証明	<input type="checkbox"/> PCR <input checked="" type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 未実施 (検査不要)	
この児童は診察の結果、上記の病中又は病気の回復期にあり、現時点での入院の必要性は認められません。 令和〇年〇月〇日		
	医療機関名	〇〇〇クリニック
	所在地	△△市△△△△番地△△
	電話番号	××××-××-××××
	FAX	××××-××-××××
	医師名	〇〇 〇〇

登録受付: 年 月 日 受付番号: 番