

病 状 連 絡 票

益城町長 様（実施施設経由）

益城町病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話

医 師 名

印

保護者記入欄	(ふりがな) 児童氏名		生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所			
	保護者氏名		電話 番号	— —

主治医記入欄	受診日	年 月 日		
	病名 (該当に○)	01 百日せき	11 伝染病紅斑	
		02 麻しん	12 アトピー性皮膚炎	
		03 風しん	13 膿痂疹	
		04 水痘	14 熱性けいれん	
		05 流行性耳下腺炎	15 気管支喘息	
06 突発性発疹		16 肺炎・気管支炎		
07 手足口病		17 R S ウイルス感染症		
08 アデノウイルス感染症		18 嘔吐下痢症		
09 ヘルパンギーナ		19 インフルエンザ		
10 じん麻疹		20 ロタウイルス感染症		
	その他 ()			
伝染の危険性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
投薬上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 指定時間 時間毎)			
安静度 (該当に○)	1 ベッドで安静 2 完全隔離保育が必要 3 室内で安静 (ベッド上生活が主だが、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)			
その他連絡事項				

※上記は診療情報提供書（I）注2（保険点数250点）が適用されます。月1回は健康保険適用となります。同月内の2回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。