

令和 年 月 日
 病児・病後児保育事業 医師連絡票

八戸市長 宛

医療機関	所在地 名 称 電 話 F A X
担当医師	氏 名 印

八戸市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

患者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 令和 ☐ 平成	年	月	日
患者住所								
電話番号					保護者氏名			

【医療機関記入欄】※該当する事項に○・☑および記載をお願い申し上げます。
 ※太枠線内は必須項目、細枠線内は任意項目となります。

主な症状	1	急性上気道炎	11	突発性発疹症	〈病名不明のとき〉
	2	急性咽頭炎・扁桃腺炎	12	手足口病	21 発熱
	3	急性気管支炎	13	伝染性紅斑	22 下痢
	4	喘息・喘息様気管支炎	14	流行性耳下腺炎	23 嘔吐
	5	急性胃腸炎	15	麻疹	24 咳嗽
	6	嘔吐・下痢症	16	水痘	25 喘鳴
	7	自家中毒症	17	百日咳	26 発疹
	8	中耳炎・外耳炎	18	風疹	27 痙攣（有熱・無熱）
	9	結膜炎（流行性角結膜炎を含む）	19	インフルエンザ（A・B）	28 その他
	10	膿痂疹	20	溶連菌感染症	（ ）
病児・病後児 保育室利用見 込み期間（回 復期間）	令和 年 月 日 より 日間程度（限度7日）				
利用事業	☐ 病児保育事業、病後児保育事業どちらも可 ☐ 病児保育 ☐ 病後児保育				
投薬状況	☐ お薬手帳参照				
食事	☐ 病児・病後児保育室と（保護者）で相談 ☐ 普通食 ☐ 胃腸食 ☐ アレルギー食（除去内容 ）				
保育上 の留意点	☐ 隔離が必要 ☐ 室内保育 ☐ 室内安静 ☐ ベッドで安静				
その他の 注意事項					

（注）この連絡票の作成による料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。
 （注）この連絡票は、青森県が作成した様式を元に、項目を追加した様式となります。