様式第７号(第１２条関係)

医　師　連　絡　票

児童氏名	（男・女）	
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	
病名・病状等	01　感冒・感冒様症候群 02　咽喉炎 03　扁桃腺炎 04　気管支炎 05　喘息・喘息性気管支炎 06　消化不良症 07　感冒性嘔吐症 08　自家中毒症 09　中耳炎・外耳炎 10　結膜炎(流角結を含む) 11　膿痂疹 12　突発性発疹症 13　手足口病 14　りんご病(伝染性紅斑) 15　流行性耳下腺炎 16　麻疹 17　水痘 18　百日咳 19　風疹 20　その他(　　)	【病名不明のとき】 21　発熱 22　下痢 23　嘔吐 24　咳嗽 25　喘鳴 26　発疹
病状	1　発熱期　　2　回復期(下熱・微熱等)	
安静度	1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4　室内安静(他児と室内で普通に遊んでよい。)	
食事（昼食）	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　　）	
処方内容	次回診察予定日　　月　　日(　) ※　院外処方を採られている場合は、薬剤情報提供書を持参するようご指導ください。	

実施施設長　　様

上記のとおり大洲市病児保育事業利用の対象として差し支えないことを診断します。

年　　月　　日

医療機関名称

医師名　　印

実施施設長承諾欄

申請者(保護者)　　様

　次のとおり、当施設への利用を承諾いたします。

入所期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

施設名称
施設長氏名　　印