

第3号様式（第6条関係）

医師連絡票

白河市長

病児保育室の利用について、下記の点について連絡します。

ふりがな		性別	男・女
対象者名		年齢	歳 箇月
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所			

（主治医記入欄）

病名・症状 番号に○	1 感冒・感冒症候群	10 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	2 咽頭炎	11 手足口病	19 発熱
	3 扁桃炎	12 流行性耳下腺炎	20 下痢
	4 気管支炎	13 インフルエンザ	21 嘔吐
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 RSウイルス感染症	22 咳
	6 感染性腸炎	15 風疹	23 喘鳴
	7 中耳炎・外耳炎	16 水痘	24 発疹
	8 結膜炎(流行性)	17 百日咳	25 その他( )
	9 伝染性膿痂疹 (※重症例に限る)	18 その他( )	
受診年月日	年 月 日		
病 状	1 急性期（発熱等）	2 回復期（下熱・微熱等）	
安 静 度	1 ベット上安静	2 隔離室で隔離	
	3 室内安静（ベットでの生活が主、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）		
特に注意すべき事項や指示がありましたら、記入してください。			

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印