年　　月　　日

世羅町病児保育事業診療情報等連絡票

世羅町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関 住　所

名　称

医師名

（自署又は記名押印）

電話番号　（　　 　 －　　 　－　　　 ） 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 FAX番号 （　　 　－　 　－ 　　 　 ）

病児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な児 童 氏 名 | 男女 | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 （　　　歳　　　か月） |
| 住 　所 | 世羅郡世羅町大字 |
| 病　　　名 |  |
| 病　　　状 | □急性期（発熱）□回復期（解熱・微熱等） | 全身状態：□良い□あまり良くない |
| 治療経過・内容等（簡単にお書きください） | ○次回診療予定：　　　　　年　　　月　　　日 |
| 服　　薬 | 薬　剤　名　・　何　日　分　・　投　与　方　法　等 |
| 服薬　：　　無　・　有　 |
| 既 往 症 | □麻しん　　□風しん 　□水痘　　□突発性発しん　□流行性耳下腺炎　□伝染性紅斑□百日せき □熱性けいれん 　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 隔　　離 | □必要　　　　□必要なし |
| 安 静 度 | □ベッド上安静　□室内安静　　□室内保育（室内で普通どおり保育して良い）　　 |
| 飲食に関する特記事項 | ※アレルギー除去等特に注意する事項があればご記載ください。　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病児保育利用見込 | （　　　　　日程度） |
| その他留意事項 |  |
| 　　＊この様式は世羅町が委託又は世羅町と協定締結している病児保育事業実施施設に提出する様式です。 |