様式第３号（第６条関係）

**医師連絡票**

中津川市病児保育所利用連絡票

（医師記入欄）

|  |
| --- |
| 児童の氏名年　　月　　日生　　 |
| 病名・症状 |
| 　　　　　年　　月　　日　診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 |
| 診断医療機関名及び電話番号診断医師署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（保護者記入欄）

|  |
| --- |
| 医療機関で診察以外に検査や治療を受けられましたか。 |
| いいえ・はい（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※内容例：インフルエンザの判定検査や点滴など |
| 医師から以下の事について指示等がありましたか。 |
| 安　静：　いいえはい→　{　ベッド上で安静・室内安静（静かな遊び可）　　　　　・室内保育（他児との遊び可）　}食べ物：　いいえ　　　　　はい→　{　絶食・その他の指示（内容　　　　　　　　　　　　　　　）　} |
| その他、医師から特別な指示はありましたか。（注意点、出席停止期間や隔離など） |
| いいえ・はい（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬を処方されましたか。 |
| いいえ・はい（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |