様式第3号（第8条関係）

芦屋市病児・病後児保育事業医師連絡票

令和　　年　　月　　日

芦屋市長　宛

＜医療機関＞

所在地

名　称

電話番号

担当医師氏名

芦屋市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

※保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年　　月　　日 生
住　所			
保護者氏名		電話番号	

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

病名・症状	□ 急性上気道炎 □ 気管支炎 □ 肺炎 □ 喘息・喘息性気管支炎 □ 嘔吐下痢症 □ 感染性胃腸炎 □ 突発性発しん □ 手足口病 □ 伝染性紅斑(りんご病)	□ 流行性耳下腺炎 □ 麻しん(はしか) □ 水痘(みずぼうそう) □ 風しん □ インフルエンザ □ 溶連菌感染症 □ 中耳炎 □ 膿茄しん（とびひ） □ その他(　　)
	(病名不明のとき) □発熱　□下痢　□嘔吐　□咳嗽（がいそう）　□喘鳴　□発しん　□その他（　　）	
	※上記に記載の病名・症状の場合でも、感染・流行状況等によりお預りできないことがあります。	
診療形態	□ 外来　□ 往診　□ 入院（令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日）	
治療経過・症状等		

現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法
	□あり □なし			
※	熱性けいれん予防の坐薬の使用方法		用量	用法

保育上の留意点	□ ベッド上安静 □ 安静室で隔離 □ 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) □ 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)
食事(昼食)	□ ミルク　□ 普通食　□ その他（　　）
アレルギー	□ あり（　　）　□ なし
配慮を要する事項	