別記様式第4（第12条第2項関係）

医師連絡票

浜松医科大学病児・病後児保育室　宛

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地および名称（　　）

電話番号（　　）

担当医師（　　㊞　）

病児・病後児保育室の利用にあたり、下記のように連絡します。

〈保護者記入欄〉

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年　月　日 （　歳　ヶ月）
児童の氏名					

〈医療機関記入欄〉

病名	1　急性上気道炎	11　突発性発疹	21　手足口病	〈病名不明のとき〉
	2　感冒・感冒様症候群	12　ペルパンギーナ	22　麻疹	27　発熱（　℃）
	3　扁桃腺炎	13　RSウイルス感染症	23　風疹	28　下痢
	4　気管支炎	14　流行性耳下腺炎	24　水痘	29　嘔吐
	5　喘息	15　溶連菌感染症	25　百日咳	30　咳嗽
	6　肺炎	16　中耳炎・外耳炎	26　骨折	31　喘鳴
	7　喘息性気管支炎	17　流行性角結膜炎		32　発疹
	8　感染性胃腸炎	18　咽頭結膜熱（プール熱）		34　その他
	9　急性胃腸炎	19　インフルエンザ（　型）		（　）
	10　グループ症候群	20　副鼻腔炎		
熱性けいれんの既往歴	1　あり	2　なし		
部屋区分	1　普通保育室	2　隔離保育室		
処方内容	1　処方あり	2　処方なし		
留意事項				