第３号様式（第１１条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関記入

　年　月　日

旭市病児保育事業医師連絡票

　旭市長

医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

担当医師　氏　名

　旭市病児保育事業（　病児対応型　・　病後児対応型　）の利用について、次のとおり諸事項を連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 |  |
| 病　名  （症状等） |  |
| 経　過  （検査内容等） |  |
| 処方内容 | 【与薬時間】　食前・食後・その他（　　　　　　　　　）  ・抗けいれん薬（座薬）は　　　　　℃以上で使用する |
| 症　状  （番号に〇） | １ 回復期に至っていない【病児対応型】※病後児対応型受入不可  ２ 回復期にある【病後児対応型】 |
| 安静度  （番号に〇） | １ ベット上で安静  ２ 観察室又は安静室で隔離  ３ 室内で安静（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）  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事（昼食）  に関する指示 |  |
| その他留意事項 |  |