

医 師 連 絡 票

（柏崎市病後児保育事業）

次の乳幼児の柏崎市病後児保育事業の利用に当たり、新潟県柏崎市病後児保育事業実施規則第8条の規定により連絡します。

医療機関名

医師氏名

受診日	年 月 日	乳幼児氏名		
病 名 (番号に○)	出席停止を要する疾患	その他の疾患	病名不明の時	
	01インフルエンザA型	15感冒・感冒様症候群	26発熱	
	02インフルエンザB型	16咽頭炎	27下痢	
	03流行性耳下腺炎	17扁桃腺炎	28嘔吐	
	04咽頭結膜熱（プール熱）	18気管支炎	29咳軟	
	05百日咳	19喘息・喘息様気管支炎	30喘鳴	
	06風疹	20消化不良	31発疹	
	07麻疹	21中耳炎・外耳炎	32その他（ ）	
	08水痘	22感冒性嘔吐症		
	09流行性角結膜炎	23結膜炎		
	10流行性嘔吐下痢症	24RSウイルス感染症		
	11溶連菌感染症	25その他（ ）		
	12伝染性紅斑（りんご病）			
	13手足口病			
	14その他（ ）			
保 育 形 態 (番号に○)	1 隔離（登園・登校停止を必要とする感染症等の場合） 2 他児と一緒に			
処 方 内 容 注 意 事 項 そ の 他				

※ 本票を「柏崎市病後児保育事業利用申込書」に添付してください。

診 療 情 報 提 供 書
(柏崎市病後児保育事業)

年 月 日

柏崎市長 様

紹介元医療機関

名 称

医師氏名

㊞

電 話

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
電話番号	生年月日 年 月 日 (歳)

傷病名
紹介目的
既往症及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

※ 本票を「柏崎市病後児保育事業利用申込書」に添付してください。