

様式第3号(第8条関係)

にかほ市病児保育事業(病後児対応型)利用連絡票

医療機関記入

(宛先) にかほ市長

病児保育事業(病後児対応型)の利用について、下記のとおり診療情報を提供します。

児童(患者)名		性別		生年月日	年 月 日(満 歳)
---------	--	----	--	------	------------

病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 ヘルパンギーナ 5 感染性胃腸炎 6 流行性耳下腺炎 7 水痘	8 インフルエンザ( A型 B型 型不明 ) 9 咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) 10 溶連菌感染症 11 中耳炎 12 伝染性膿痂疹 13 その他( )
投薬状況・ 経過等	初診日： 年 月 日 投 薬： 無 ・ 有 [ ]	
特記すべき 既往歴	無 ・ 有 [ ]	
その他の 注意事項	無 ・ 有 [ ]	

年 月 日

医療機関

(注)  
この様式を書いていた  
だく料金は、保険診療  
(診療情報提供料 I)の  
扱いになります。

所在地 \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_