

第3号様式（第8条関係）

医 師 連 絡 票

柏崎市長 様

病児保育の利用について、以下の点について連絡します。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

受 診 日	年 月 日	児童氏名		
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「柏崎市病児保育事業利用申込書」に添付してください。

(その2)

(柏崎市病児保育事業)

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「柏崎市病児保育事業利用申込書」に添付してください。