

# 医師連絡票

津市長

診療情報提供料(I)

(医療機関) 所在地  
 名称  
 電話番号  
 医師名

※自署でない場合は押印が必要です。

津市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり状況を連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( ) 歳
患者住所	津市	父母の氏名		父： ( ) 歳 職業 ( )
連絡先	- -			母： ( ) 歳 職業 ( )
病名・症状 (○をつける)	1.感冒・感冒様症候群 2.咽頭炎 3.扁桃炎 4.気管支炎 5.喘息・喘息様気管支炎 6.肺炎 7. 感染性胃腸炎 ノロ・ロタ・その他	8.アデノウイルス感染症 9.ヘルパンギーナ 10.結膜炎 (流角結を含む) 11.咽頭結膜熱 12.手足口病 13.伝染性紅斑 14.溶連菌感染症 15.突発性発疹症	13.麻疹 (はしか) 14.風しん 15.水ぼうそう・带状疱疹 16.流行性耳下腺炎 17.百日咳 18.インフルエンザ 19. 中耳炎・外耳炎 20.その他 ( )	
	(病名不明) 21.発熱 22.下痢 23.嘔吐 24.咳嗽 25.喘鳴 26.発疹			
診療形態	1.外来 2.往診 3.入院			
入退院日	入院日： 年 月 日 退院(予定)日： 年 月 日 【退院先の住所】 □上記住所と同じ (※上記住所と同じ場合は、□に✓をお願いします。) 津市 ☎ - -			
病状 (○をつける)	1. 急性期 (発熱等) <b>※急性期の病後児保育の利用はできません</b> 2. 回復期			
既往歴 治療状況				
処方内容	※薬剤情報提供書のとおりの場合は、□に✓をお願いします。 □薬剤情報提供書のとおり			

