様式第３号（第８条関係）

病児・病後児保育家庭医連絡票

（各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい。）

年　　月　　日

（あて先）塩竈市長　（病児・病後児保育実施施設長）

医療機関の所在地及び名称
電　話　番　号
担 当 医 師 氏 名
（署名又は記名押印）

下記の児童の病児・病後児保育の利用について，次のとおり連絡いたします。

※枠内はすべて医療機関が記入すること

氏　　名	男・女	年　　月　　日生（　　）歳
住　　所	TEL	
病　　名	１　急性上気道炎 ２　気管支炎・肺炎 ３　喘息・喘息性気管支炎 ４　感染性胃腸炎（嘔吐下痢症） ５　周期性嘔吐症（自家中毒症） ６　突発性発疹症 ７　手足口病・ヘルパンギーナ ８　流行性耳下腺炎 ９　水痘	１０　風しん １１　インフルエンザ １２　溶連菌感染症 １３　中耳炎 １４　伝染性膿痂疹 １５　流行性角結膜炎 １６　新型コロナウイルス感染症 １７　その他（　　　　　　　　）
	〈病名不明のとき〉 １８　発熱　　１９　下痢　　２０　嘔吐 ２１　咳嗽　　２２　喘鳴　　２３　発疹	
実施検査 内容・結果		
病　　状	１　急性期（発熱等）　　２　回復期（下熱・微熱等）	
安　静　度	１　ベッド上安静　　２　隔離室で隔離 ３　室内安静（ベッドでの生活が主，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）	
食　　事 （昼　　食）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・普通食	
	下痢食　アレルギー食（除去内容　　　　　　　　）	
処方内容 指　示　等		

※医療機関の方へ　家庭医連絡票の記入は，医療保険上の「B009診療情報提供料（Ⅰ）」で対応願います。
※保護者の方へ　１枚の家庭医連絡票につき同じ症状であれば，書類記入日から連続して７日間以内の範囲で利用できます。それ以上利用したい場合や違う症状が出た場合には，再度連絡票の提出が必要です。

※実施施設使用欄	利用料区分		利用日数	日