

かかりつけ医師連絡票

大川市長 様

大川市病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

ふりがな						
児童名			性別	男 ・ 女	年齢	歳 カ月
病名・症状 (該当する 箇所に☑)	☐ 急性上気道炎	☐ 突発性発疹症	☐ 溶連菌感染症			
	☐ 扁桃腺炎	☐ 手足口病	☐ アデノウイルス感染症			
	☐ 急性気管支炎	☐ ヘルパンギーナ	☐ RS ウイルス感染症			
	☐ 喘息・喘息性気管支炎	☐ 伝染性紅斑（りんご病）	☐ 膿痂疹			
	☐ 感染性胃腸炎	☐ 流行性耳下腺炎	☐ インフルエンザ（A型・B型）			
	☐ 中耳炎・外耳炎	☐ 麻疹・風疹	☐ その他の病気			
	☐ 水痘	☐ 百日咳	()			
安静度	☐ 室内保育 ☐ 隔離を要する（同病児と 可・不可） ☐ その他（ ）					
既往歴 (該当する 箇所に☑)	☐ 熱性けいれん ☐ てんかん ☐ 気管支喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 食物アレルギー（ ） ☐ 先天性心臓病（ ）					
現在服用し ているお薬 (該当する 箇所に☑)	☐ 抗ウイルス剤	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ 吸入				
	☐ 抗生剤	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ 坐薬				
	☐ 風邪薬	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ シロップ				
	☐ 解熱剤	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ シロップ ☐ 坐薬				
	☐ 整腸剤	☐ 粉 ☐ 錠				
	☐ 吐気止め	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ シロップ ☐ 坐薬				
	☐ 下痢止め	☐ 粉 ☐ 錠				
	☐ 喘息の薬	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ シロップ ☐ 貼付剤				
	☐ 抗アレルギー薬	☐ 粉 ☐ 錠 ☐ シロップ				
	☐ 抗けいれん薬	☐ 粉 ☐ 錠				
	☐ その他	()				
指示事項 (該当する 箇所に☑)	☐ 状態変化時連絡 ☐ 水分補給 ☐ 消化のよい食事 ☐ クーリング ☐ その他（ ）					
その他 特記事項						

年 月 日

(注) 流行性角結膜炎、頭じら
み、新型コロナウイルス感染症
はお預かりできません。

所 在 地
医 療 機 関 名
担 当 医 師 名
電 話 番 号

連絡票をご記入いただくお医者様へ

この連絡票は、大川市の子育て支援事業の一環として医師会のご協力をいただいているものです。なお、文書料につきま
しては、診療情報提供（I）250点適用により診療報酬請求していただくとともに、利用者の方より自己負担分の支払いを
受けていただきますようお願いいたします。【当事業への問合せ 大川市福祉事務所 TEL0944-85-5535】