

年 月 日

名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書

(施設)

様

(医療機関)

⑩

下記の患者について、名古屋市病児・病後児デイケア事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	名古屋市 区			
連 絡 先		保護者氏名		
病名・症状	1 咽頭炎 6 肺炎 11 手足口病 2 扁桃炎 7 気管支喘息 12 咽頭結膜炎 3 クループ症候群 8 胃腸炎 13 流行性角結膜炎 4 ヘルパンギーナ 9 水痘 14 その他 5 気管支炎 10 流行性耳下腺炎 () (原因菌・原因ウイルス)			
	21 溶連菌 24 Flu A・B 27 ノロ 22 マイコプラズマ 25 RS 28 ロタ 23 アデノ 26 hMPV 29 その他			
疾病状況	(病名不明) 41 発熱 42 下痢 43 嘔吐 44 咳嗽 45 喘鳴 46 発疹 月 日 ~ 月 日			
既往歴及び 症状経過				
投薬処方				
保育上の 留意点				

※ 太線枠内は保護者の方が記入してください。