様式第3号（第13条関係）

都留市病児・病後児保育事業利用連絡票

年　　月　　日

都 留 市 長 様

医療機関　所 在 地

名　　称

電　　話

担当医師　氏　　名　　㊞

都留市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

ふ り が な		性別	生　年　月　日
患 者 氏 名		男・女	年　月　日（　歳　ヶ月）
患 者 住 所			
病　　名	コード番号【　　】　その他の場合（　　）		

病名コード番号			
	01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	21 咳嗽
	02 咽頭炎	12 突発性発疹症	22 発熱
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	23 下痢
	04 気管支炎	14 りんご病（伝染性紅斑）	24 嘔吐
	05 喘息・喘息様気管支炎	15 流行性耳下腺炎	25 喘息
	06 消化不良症	16 麻疹	26 発疹
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘	27 骨折
	08 自家中毒症	18 百日咳	28 その他
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
	10 結膜炎（流角結を含む）	20 インフルエンザ	

診 察 形 態	□外来　□往診　□入院（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）
既往歴、治療及び症状経過	
現在の投薬処方	
保育上の留意点	□ベッド上安静　□隔離室で隔離　□室内安静　□室内保育