

# Primary Care Physician Contact Form

## かかりつけ医連絡票

ATTN: Tohoku University Hospital Day Care Center for Children Recovering from Illness  
東北大学病院軽症病児・病後児保育室 宛

(Filled by your family doctor)

医療機関の所在地および名称 ( )

電話番号 ( )

担当医師名 ( ) 印 )

\*必ずご記入ください

受診日 年 月 日

次回受診日 年 月 日

処方期間 日分

「かかりつけ医連絡票」の有効期間は処方期間及び次回受診日まで（最長でも7日間）となっております。

This form will be considered valid for the duration of the child's prescription or until the date of their next medical examination (7 days maximum).

軽症病児・病後児保育室の利用を申請するにあたり、下記のように連絡します。

I hereby provide the following information to the Day Care Center for Children Recovering from Illness.

(Filled by you)

Child's name: Gender: M / F

Date of Birth: Age ( yrs. mos. old)

Parent's Name:

Address:

<東北大学軽症病児・病後児保育室よりお願い>

隔離室がありませんので隔離が必要な疾患（水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、アデノウイルス、麻疹、風疹、百日咳などの伝染性疾患の急性期）は利用出来ません。

また、それ以外の疾患に関しても、RSウイルス感染症、マイコプラズマ肺炎、嘔吐下痢症の急性期には利用できませんので、下記を参考にご記載ください。

**Request from the Tohoku University Hospital Day Care Center for Children Recovering from Illness**

**We do not have an isolation room,** and we cannot care for children with illnesses requiring quarantine (chickenpox, mumps, influenza, adenovirus, measles, rubella, whooping cough, or diseases in acutely infectious stages).

In addition, children with RS viral infections, mycoplasma pneumonia, or acute vomiting/diarrhea cannot be admitted. Please refer to any conditions as below.

