

### かかりつけ医連絡票

病児保育室の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名		性別	男 ・ 女
児童生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号		保護者氏名	

病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	病気不明の時
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 発熱
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 嘔吐
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 咳嗽
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 喘鳴
	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 (疑いを含む)	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 発疹
	<input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病)	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	( )
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 麻疹	
	<input type="checkbox"/> 結膜炎 (流角結を含まない)	<input type="checkbox"/> 風疹	
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 水痘	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
保育室利用の可否	<input type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 可 ( 隔離要 ・ 隔離不要)		
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
処方内容			
次回診察予定日	<input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月 日) ・ <input type="checkbox"/> 予定なし		
その他の注意事項			

記載年月日： 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

※本連絡票は、記載年月日を含め7日間有効です。