

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"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 (疑いを含む) <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 ()	病気不明の時 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<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。