

医師連絡票

書類4

「千春会 病児・病後児保育 あすなろ」の利用にあたり、下記の点について連絡します。

※ 「流行性角結膜炎」「しらみ」「重篤な喘息」はお預かりできません。

児童名:	生年月日:	年	月	日
------	-------	---	---	---

【児童の症状について、該当する全てに☑印】

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上気道炎 | <input type="checkbox"/> 結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 口頭炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 |
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 |
| <input type="checkbox"/> 気管支炎 | <input type="checkbox"/> 手足口病 |
| <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) |
| <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎(嘔吐・下痢症状) | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 自家中毒 | <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 風疹 |
| <input type="checkbox"/> 外耳炎 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

【処方内容及び連絡事項】

与薬 有 無 (昼分与薬以外も含む) / 頓用薬 有 無

与薬については、お薬シールを貼っていただいてもかまいません。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

担当医師氏名