

# 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・新型コロナウイルス感染症・麻疹 はお預かりできません。

|      |       |   |   |   |
|------|-------|---|---|---|
| 兒童名： | 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"/> 咽頭炎            | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹      |
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎           | <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〉

※お薬シールを貼っていただいても構いません。

頓用藥 ☐有 ☐無

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

担当医師氏名

