

医師連絡票

20 (R) 年 月 日

(あて先) キッズハウスおおかば病児保育室

病院名

医師名

印

病児保育の利用にあたり、下記の点について連絡します。(医療機関記入)

お子さんの名前			
下記の病名・症状番号に○印をおつけください			
1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 嘔吐下痢症 7 自家中毒症 8 中耳炎・外耳炎 9 結膜炎 10 膿痂疹(とびひ)	11 突発性発疹症 12 手足口病 13 伝染性紅斑(りんご病) 14 流行性角結膜炎 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹(はしか) 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 20 インフルエンザ	21 その他 () <病名不明のとき> 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹 28 その他 ()	
処方内容			
	次回診察予定日 () 日後		
備考			

キッズハウスおおかば病児保育室