

医療機関記入

医師連絡票

年 月 日

(宛先)医療法人すずらん

すずらん病児保育室 様

医療機関 所在地

名 称

電 話

担当医師 氏 名

印

松川町病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

患者氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日	
				( 歳 )	( 月 )
病名・症状等	現疾患の発症日		年 月 日		
	病名・症状等(該当番号に○) 1 咽頭炎 2 急性上気道炎 3 気管支炎・肺炎 4 喘息・喘息性気管支炎 5 ヘルパンギーナ 6 感冒性胃腸炎 7 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他 ) 8 周期性嘔吐症(自家中毒症) 9 流行性耳下腺炎 10 水痘 11 風しん 12 インフルエンザ感染症 13 マイコプラズマ感染症 14 手足口病 15 RSウイルス感染症 16 咽頭結膜熱 17 アデノウイルス感染症 18 溶連菌感染症 19 中耳炎 20 伝染性膿痂疹 21 その他(病名 : ) 22 病名不明時は症状 (発熱・嘔吐・その他 )				
程度 (○印)	1 重症 (高熱)	2 中等症	3 軽症		
病状 (○印)	1 急性期	2 回復期			
隔離度(○印)	1 是非とも必要	2 できれば必要	3 不要		
昼食 (○印)	1 普通食    2 お粥 軟菜食 3 食事アレルギーあり (この場合施設での食事提供は不可)				
投薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳又は薬剤情報を参照してください。 (該当の場合は、□にレを記入してください。)				
備 考					