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】

☐　上気道炎
☐　咽頭炎
☐　扁桃腺炎
☐　気管支炎
☐　喘息性気管支炎
☐　急性胃腸炎（嘔吐・下痢症状）
☐　自家中毒
☐　中耳炎
☐　外耳炎
☐　その他（　　）

☐　結膜炎
☐　伝染性膿痂疹
☐　突発性発疹症
☐　手足口病
☐　伝染性紅斑（りんご病）
☐　流行性耳下腺炎
☐　水痘
☐　風疹
☐　インフルエンザ

〈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。

頓用薬　☐有　　☐無

年　　月　　日

医療機関名

住所

電話番号

担当医師氏名