

医師連絡票

病児保育室 ほっとルーム 行

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子様の名前	様	生年月日	年 月 日
下記の病名・病状()内に 印をおつけください			
<ul style="list-style-type: none"> ・感冒・感冒様症候群 ・咽頭炎(ヘルパンギーナ含む) ・扁桃炎 ・溶連菌感染症 ・気管支炎 ・肺炎 ・マイコプラズマ感染症 ・喘息様気管支炎 ・喘息 ・急性胃腸炎(ロタ その他) ・中耳炎 ・アセトン血性嘔吐症 ・結膜炎(アデノ その他) ・水痘 ・伝染性膿痂疹 ・突発性発疹症 ・手足口病 ・流行性耳下腺炎 ・インフルエンザ(A型 B型) ・百日咳 ・風疹 ・麻疹 ・その他() 			
病状(印)	1 急性期	2 回復期	<病名不明のとき>
食事(昼食)	・水分のみ	・離乳食(前期・中期・後期・完了期)	・発熱
(印)	・下痢食	・アレルギー食(除去内容)	・下痢
処方内容			・嘔吐
留意事項			・咳嗽
医師署名	医師名	医院名	・喘鳴
			・発疹