

# 利用連絡票

宛

病児保育の利用について、下記のとおり連絡いたします。

氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	さくら市
電話番号	

病名・症状 (番号に○)	1 感冒・感冒様症候群	11 膿 痂 症	(病名不明のとき) 21 発 熱 22 下 痢 23 嘔 吐 24 咳 嗽 25 喘 鳴 26 発 疹
	2 咽 頭 炎	12 突発性発疹症	
	3 扁桃腺炎	13 手足口病	
	4 気管支炎	14 りんご病(伝染性紅斑)	
	5 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
	6 消化不良症	16 麻 疹	
	7 感冒性嘔吐症	17 水 痘	
	8 自家中毒症	18 百日咳	
	9 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
	10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他[ ]	
診療形態	1 外 来      2 往 診      3 入 院 ( 年 月 日)		
発症年月日	令和 年 月 日		
初診年月日	令和 年 月 日		
初発/再発	1 初 発      2 再 発 ( 年 月 日初発)		
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)			

令和 年 月 日  
 医療機関名  
 所在地  
 電話番号  
 医師名