

医師連絡票 (医師控え)

(診療情報提供書)

病児・病後児保育室 ノア 様
(小児科神沢クリニック)

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男・女	平成 年 月 日生(歳 ヶ月)
病名 (検査状況)	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭喉頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 ノロ (+ ・ -) ロタ (+ ・ -) [その他]		<input type="checkbox"/> インフルエンザ A (+ ・ -) B (+ ・ -) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他 []
隔離	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
投薬状況	※説明書等を添付していただければ記入していただかなくてもけっこうです。		
症状 その他 注意事項			

本児童は、病児・病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印