医師連絡票

浜松医科大学病児・病後児保育室ふわり 宛

令和 年 月 日

医療機関の所在地および名称 ()

電話番号 ()

担当医師 (印)

病児・病後児保育室の利用にあたり、下記のように連絡します。

〈保護者記入欄〉

ふりがな		性別	男・女	生年月日	H・R (年 月 日 歳 ヶ月)
児童の氏名					

〈医療機関記入欄〉

病名	1 急性上気道炎	11 突発性発疹	21 副鼻腔炎	〈病名不明のとき〉 28 発熱 (°C) 29 下痢 30 嘔吐 31 咳嗽 32 喘鳴 33 発疹 34 その他 ()
	2 感冒・感冒様症候群	12 ヘルパンギーナ	22 手足口病	
	3 扁桃腺炎	13 RSウイルス感染症	23 麻疹	
	4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	24 風疹	
	5 喘息	15 溶連菌感染症	25 水痘	
	6 肺炎	16 中耳炎・外耳炎	26 百日咳	
	7 喘息性気管支炎	17 流行性角結膜炎	27 骨折	
	8 感染性胃腸炎	18 咽頭結膜熱 (プール熱)		
	9 急性胃腸炎	19 インフルエンザ (型)		
	10 クループ症候群	20 新型コロナウイルス		
熱性けいれんの既往歴	1 あり 2 なし			
部屋区分	1 普通保育室 2 隔離保育室			
処方内容	1 処方あり 2 処方なし			
留意事項				