

利用連絡票

おはなほいくえん 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	宇都宮市
電話番号	

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿 痂 症	(病名不明のとき)	
	02 咽 頭 炎	12 突発性発疹症		21 発 熱
	03 扁桃腺炎	13 手足口病		22 下 痢
	04 気管支炎	14 りんご病(伝染性紅斑)		23 嘔 吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		24 咳 嗽
	06 消化不良症	16 麻 疹		25 喘 鳴
	07 感冒性嘔吐症	17 水 痘		26 発 疹
	08 自家中毒症	18 百日咳		
	09 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 (平成 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 (平成 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