

年 月 日

病児保育室どんぐり 利用連絡票

(医療機関名)

下記の患者について、病児保育対象にあたりと認められるため次の通り状況について連絡します。
 ※太線枠内は保護者が記入してください。

ふりがな 患者氏名		男・女	生年月日	年	月	日生 (歳)	
住 所							
連絡先	①	保護者氏名					
	② * 共和会の職員の方は部署を記入してください↓						
病名 ・ 症状	1 咽頭炎	6 気管支喘息	11 その他	()			
	2 扁桃炎	7 胃腸炎					
	3 ヘルパンギーナ	8 水痘					
	4 気管支炎	9 流行性耳下腺炎					
	5 肺炎	10 咽頭結膜炎					
	(原因菌・原因ウイルス)						
	12 溶連菌	14 アデノ	16 その他	()			
	13 マイコプラズマ	15 RS					
	(病名不明)	17 発熱	18 下痢	19 嘔吐	20 咳嗽	21 喘鳴	22 発疹
疾病状況	病児保育が必要と思われる期間						
	月 日 ~ 月 日						
既往歴及び 症状経過							
投薬処方	<input type="checkbox"/> 処方箋添付						
保育上の 留意点							