様式第２号（第８条関係）

利　用　連　絡　票

　　　　　　　　　　　　　　宛

|  |
| --- |
| 氏　　名  生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）  住　　所　　　　日光市  電話番号 |

利用児童の病状等について、下記のとおり連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名・症状  （番号に○を付けてください。） | 1. 感冒・感冒様症候群 2. 咽頭炎 3. 扁桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息性気管支炎 6. 消化不良症 7. 感冒性嘔吐症 8. 自家中毒症 9. 中耳炎・外耳炎 10. 結膜炎（流角結を含む） | 1. 膿痂症 2. 突発性発疹症   （病名不明のとき）   1. 発　　　熱 2. 下　　　痢 3. 嘔　　　吐 4. 咳　　　嗽 5. 喘　　　鳴 6. 発　　　疹 7. 手足口病 8. りんご病（伝染性紅斑） 9. 流行性耳下腺炎 10. 麻疹 11. 水痘 12. 百日咳 13. 風疹 14. その他[　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| 診療形態 | １　外　来　　　２　往　診　　　３　入　院（　　　　　年　　　月　　　日） | |
| 発症年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 初診年月日 | 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） | | |

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞