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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞