

利用連絡票

宛

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。

氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	日光市
電話番号	

病名・症状 (番号に○ を付けてく ださい。)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿 痂 症	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">(病名不明のとき)</td> </tr> <tr> <td>21 発 熱</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22 下 痢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>23 嘔 吐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 咳 嗽</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25 喘 鳴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>26 発 疹</td> <td></td> </tr> </table>	(病名不明のとき)		21 発 熱		22 下 痢		23 嘔 吐		24 咳 嗽		25 喘 鳴		26 発 疹	
	(病名不明のとき)																
	21 発 熱																
	22 下 痢																
	23 嘔 吐																
	24 咳 嗽																
	25 喘 鳴																
	26 発 疹																
	02 咽 頭 炎	12 突発性発疹症															
	03 扁 桃 腺 炎	13 手 足 口 病															
04 気 管 支 炎	14 りんご病 (伝染性紅斑)																
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎																
06 消化不良症	16 麻 疹																
07 感冒性嘔吐症	17 水 痘																
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 (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

