

利 用 連 絡 票

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) 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 (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