

様式第2号(第7条関係)

大刀洗町長 様

大刀洗町病後児保育事業病状連絡票

児童氏名		生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)	男・女
------	--	------	-------------------	-----

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿か疹	(病気不明のとき)
	02 咽頭炎	12 突発性発疹	21 発熱
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	22 下痢
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑	23 嘔吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	24 咳そう
	06 消化不良	16 麻疹	25 喘鳴
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘	26 発疹
	08 自家中毒	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～ 年 月 日)
------	-----	-----	--------------------

発症月日	年 月 日	初診月日	年 月 日
------	-------	------	-------

初発/再発	1初発	2再発(年 月 日)
-------	-----	-------------

病状・既往歴・治療状況

現在の処方
安静度 ベット上安静 室内安静(ベットでの生活が主、静かな遊びは可)
 室内保育 安静室で隔離

保育上の留意事項
 特になし
 食事 ()
 特異体質など ()
 その他 ()

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

印

事務処理欄	連絡票作成費請求日(. .)	入金確認欄 (. .)
-------	------------------	---------------