

(病保様式第2号)

連絡票

年 月 日

利用希望期間 年 月 日より()日間

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)
所属	()保育園()幼稚園()小学校			
病名	確定している病理診断があれば○を付けて下さい インフルエンザA・インフルエンザB、アデノ、溶連菌、RS、 ノロ、ロタ、伝染性紅斑、水痘、流行性耳下腺炎			
主な 症状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘急・発疹・そ の他()			
基礎疾患				
一般状態	食欲(ある・まあまあ・ない) 元気(ある・まあまあ・ない)			
経過				
処方				
安静度 (○印)	1. 観察室(要隔離) 2. ベッド上安静 3. 室内安静(ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育(他児と室内で不通に遊んで良い)			
日頃の食事 (○印)	ミルク・離乳食(前期・中期・後期)・普通食 アレルギー食(除去内容:卵・乳・小麦・その他)			

医療機関名

医師名

印

所在地

電話番号