

(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<br>氏名 |                    | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日<br>( オ ケ月) |
| 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<br>インフルエンザ A ・ インフルエンザ B 、 アデノ 、 溶連菌 、 RS 、<br>ノロ 、 ロタ 、 伝染性紅斑 、 水痘 、 流行性耳下腺炎 |
| 主な<br>症状      | 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳嗽 ・ 喘急 ・ 発疹 ・ そ<br>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<br>(○印)   | 1. 観察室(陽隔離)<br>2. ベッド上安静<br>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)<br>4. 室内保育(他児と室内で不通に遊んで良い)                |
| 日頃の食事<br>(○印) | ミルク ・ 離乳食(前期・中期・後期)・普通食<br>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