

医師連絡票

京都済生会病院 病児・病後児保育の利用にあたり、下記の点について連絡します。

子どもの名前		年	月	日	生まれ
児童の症状について、該当する下記の病名・症状番号に○印をつけてください。					
01 上気道炎	11 結膜炎				
02 咽頭炎	12 伝染性膿痂疹				
03 扁桃腺炎	13 突発性発疹症				
04 気管支炎	14 手足口病				
05 喘息性気管支炎	15 伝染性紅斑(りんご病)				
06 喘息	16 流行性耳下腺炎				
07 急性胃腸炎(嘔吐・下痢症)	17 水痘				
08 自家中毒症	18 風疹				
09 中耳炎	19 インフルエンザ				
10 外耳炎	20 その他()				
※麻疹・流行性角結膜炎・しらみはお預かりできません。					
処方内容 及び 連絡事項	※与薬内容については、お薬シールを貼っていただいてもかまいません。 与薬(有 ・ 無)←昼分与薬以外も含む 頓用薬(有 ・ 無)				
	次回診察予定日: 月 日				

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

担当医氏名