

(あて先) 病児・病後児保育室みかん (富士見こどもクリニック小児科・アレルギー科 併設)

医師連絡票

年 月 日

<保護者 記入>

お子様のお名前 ()

在園・在学名 ()

<医師 記入>

下記の病名・症状番号に○印をおつけください。		
01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	<病名不明のとき> 19 発熱 20 下痢 21 咳嗽 22 喘鳴 23 発疹 24 その他 ()
02 咽頭炎	12 手足口病	
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	
04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 百日咳	
06 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA	
07 周期性嘔吐症	17 インフルエンザB	
08 中耳炎・外耳炎	18 その他 ()	
09 結膜炎	()	
10 膿痂疹(とびひ)		
症 状	急性期・回復期	
自由記載欄		

医療機関名

医師名