

医師連絡票（診療情報提供書）

児童氏名	男・女	生年月日	年 歳	月 力	日 月
住所					
保護者氏名		電話番号			

該当する病名・症状に○印をお願いします。			
〈病名〉 ・急性上気道炎 ・気管支炎・肺炎 ・細気管支炎 ・喘息・喘息製気管支炎 ・クループ症候群 ・中耳炎 ・感染性胃腸炎（下痢・嘔吐） ・流行性角結膜炎 ・溶連菌感染症 ・伝染性膿痂疹 ・突発性発疹 ・手足口病	・インフルエンザA型・B型 ・RSウイルス ・アデノウイルス（上気道・便） ・咽頭結膜炎（プール熱） ・ヘルパンギーナ ・麻疹 ・水痘 ・風疹 ・ヒトメタニューモウイルス ・鼻炎 ・その他（ ）		〈症状〉 ・発熱 ・下痢 ・腹痛 ・嘔吐 ・咳嗽 ・鼻汁 ・発疹 ・喘息 ・その他 （ ）
症状			
症状の経過			
処置・治療状況など			
安静度（○印）	1．ベッド上安静 3．室内保育（他児と静かな遊び可） 2．室内安静（室内で静かな遊び可） 4．隔離を要する		
処方内容	薬品名	容量	用法