

小郡市病児保育事業医師連絡票

令和 年 月 日

所在地

医療機関

電話番号

医師名

印

児童氏名： _____ 年齢： _____ 歳

病名： 上気道炎・気管支炎・中耳炎・喘息・肺炎・ヘルパンギーナ

溶連菌・アデノウイルス・RS (1歳以上)・ヒトメタ・手足口病・胃腸炎

インフルエンザ (A・B)・流行性耳下腺炎・その他(_____)

症状： せき・鼻水・発熱・頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・

発疹・倦怠感・その他(_____)

隔離： 必要 ・ 不要

検査： 有 ・ 無 検査名(_____)

処方： 有 ・ 無

※薬の内容につきましては『お薬手帳』で確認します。

お預かり中の注意事項

まどかチャイルドケアセンター

小郡市あすみ1-40

TEL0942-65-9096

FAX0942-65-9094