

小郡市病児保育事業医師連絡票

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

医師名

印

児童氏名： _____ 年齢： _____ 歳

病名：上気道炎 ・ 溶連菌 ・ 胃腸炎 ・ 手足口病 ・ RS（1歳以上） ・
インフルエンザ（A ・ B） ・ その他(_____)

症状：せき ・ 鼻水 ・ 発熱 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・
発疹 ・ 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
〒838-0109 小郡市あすみ1丁目40番
TEL:0942-65-9096
FAX:0942-65-9094