

医師連絡票

年 月 日

病児保育室りんりん（鈴木医院併設）施設長 あて

医療機関 所在地
名称
電話番号
担当医師名

<保護者記載欄>

児 童 氏 名	男 ・ 女 （ 年 月 日生）
園 名 ・ 学 校 名	

<医師記載欄>

病 名	
症 状	1 発熱 2 嘔吐 3 下痢 4 喘鳴 5 咳 6 発疹 7 痛み 8 その他主要症状（ ）
病 状	1 回復期に至らない（病児） 次回診察予定：なし・あり（ 年 月 日）
保 育 上 の 留 意 点	1 特に制限なし 2 ベッド上での安静を要する 3 その他（ ）
食 事 に 関 す る 留 意 点	1 特に制限なし 2 その他（ ）
投 薬（薬剤）に 関 す る 留 意 点	1 特になし 2 処方のおりとする（お薬手帳 有 ・ 無 ） 3 その他（ ）
病 児 ・ 病 後 児 保 育 事 業 の 利 用 見 込 み	1 3日程度 2 1週間程度 3 その他（ 日程度）
そ の 他 留 意 事 項	