

所在地
電話番号
F A X
医師名

(保護者記入欄)

児童氏名 ふりがな		せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所	〒 7 9 9 - 四国中央市		
保護者氏名		電話番号	()

(医療機関記入欄)

下記の病名・病状番号に○印をおつけください。					
01 感冒・感冒様症候群	08 自家中毒症	15 流行性耳下腺炎	02 咽頭炎	09 中耳炎・外耳炎	16 麻疹
03 扁桃腺炎	10 結膜炎（流角結を含む）	17 水痘	04 気管支炎	11 膿痂疹	18 百日咳
05 喘息・喘息性気管支炎	12 突発性発疹症	19 風疹	06 消化不良症	13 手足口病	27 インフルエンザ
07 感冒性嘔吐症	14 りんご病（伝染症紅斑）		26 その他の病名・症状（ ）		
〈病名不明のとき〉 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹					
現在の投与処方	与薬方法：食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間（ 時間毎） 投薬内容： 解熱剤使用：なし ・ あり（最終日時： 日、 時 分）				
医 師 所 見	病状	1 急性期（発熱等） 2 回復期（解熱・微熱等）			
	安静度 ☐ ○印	1 ベッド上安静 2 隔離室で安静 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) 5 室外保育（戸外での静かな遊び、散歩程度は可）			
	食事 (昼食) ☐ ○印	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食（前期・中期・後期） 幼児食 下痢食 ・ アレルギー食 （除去内容： ）			
備 考	・次回診察予定日： 月 日（ ） ・翌日の病児・病後児保育ルームの利用：必要あり（ 日間）・必要なし				