

黒石市病後児保育室【継続】利用連絡票

年 月 日

黒石市長 様

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

児童氏名	(年 月 日生まれ)		
住 所			
<p>この児童は診断の結果、下記の病気に回復期にあり、現時点では病後児保育室の継続利用が適当と思われます。</p> <p>ただし、これは診断書ではありません。</p> <p>病状・症状・薬は以下の通りです。</p>			
1. 急性上気道炎 2. 咽頭炎 3. 扁桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息性気管支炎 6. 急性胃腸炎 7. 消化不良 8. 感冒性嘔吐 9. 自家中毒 10. 中耳炎	11. 結膜炎(流行性角結膜炎を含む) 12. 膿痂疹 13. 突発性発疹 14. 手足口病 15. 伝染性紅斑 16. 流行性耳下腺炎 17. 麻疹 18. 水痘 19. 百日咳 20. 風疹	21. その他() <病名不明のとき> 22. 発熱 23. 下痢 24. 嘔吐 25. 咳漱 26. 喘息 27. 発疹	
病後児保育室利用見込期間(回復期間) 本日より 日程度(限度7日以内)			
食 事	普通食 ・ 胃腸食 ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ ミルクのみ アレルギー食(除去内容および程度)		
	留意点：なし・あり		
処方内容 または 薬の説明書	薬 品 名	用 量	用 法