

黒石市病後児保育室利用連絡票

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 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin: 10px auto;"></div>		
処方内容 または 薬の説明書	薬 品 名	用 量	用 法