医　師　連　絡　票

令和　　年　　月　　日

子育てセンターかきのみ
　　ひまわりルーム　宛

病院名
医師名

ひまわりルームの利用において、下記の点について連絡します。

お子さんの名前：		
下記の病名・症状番号に〇印をつけてください。		
01　感冒・感冒様症候群 02　咽頭炎 03　扁桃腺炎 04　気管支炎 05　肺炎 06　喘息・喘息様気管支炎 07　感染性胃腸炎 08　自家中毒症 09　中耳炎・外耳炎 10　結膜炎	11　突発性発疹 12　手足口病 13　伝染性紅斑 14　流行性角結膜炎 15　流行性耳下腺炎 16　水痘 17　麻疹 18　百日咳 19　風疹 20　とびひ	21　インフルエンザ 22　その他・けが等 （　　） <病名不明の時> 23　発熱 24　下痢 25　嘔吐 26　咳嗽 27　発疹 28　その他 （　　）
感染の危険性 （〇印）	ある・ない　　＊感染の危険のある場合はひまわりルームを利用できません	
食事（昼食） （〇印）	・幼児食 ・アレルギー食（除去内容：　　）	
処方内容	次回診察予定日（　　月　　日）	
備考		