

小郡市病児・病後児保育事業医師連絡票

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
電話番号
医師名

患者氏名

下記該当する病名に○または、必要事項を記載してください。

上気道炎	アデノウイルス	溶連菌	胃腸炎	ヘルパンギーナ
気管支炎	RS ウイルス	手足口病	嘔吐下痢症	インフルエンザ A
扁桃炎	ヒトメタニューモ ウイルス	喘息	中耳炎	インフルエンザ B
その他				

隔離： 必要 ・ 不要

検査： 検査名 結果（+ -）

検査： 検査名 結果（+ -）

お預かり中の注意事項

小郡市あすみ 1-40
まどかチャイルドケアセンター
TEL 0942-65-9096