

医師連絡票

児童の氏名	身長	cm	体重	kg
	年	月	日生(歳)	男・女
症状 (病名)				1. 急性期 2. 回復期
経過(検査内容等)				
治療(処方内容)	食前・食後・()時・その他()			
保育上の留意点				
安 静	特に制限なし・ベッド上安静・室内で安静・隔離室で隔離 その他()			
食 事	ミルク・離乳食(前期・中期・後期・完了)・幼児食・普通食			
	下痢食・アレルギー食(除去内容)			
薬	特になし・処方通り・その他()			
次回診察予定日	月	日		
その他留意事項				
令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。				
診療医療機関名 所在地 電話番号				診断医師署名
				印