

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