

病状連絡票

ふりがな		愛称	
氏名			
生年月日	年 月 日 （ 歳 ヲ月）		
住所	〒		
電話			
かかった医療機関名			

病名			
療養期間	①入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	②自宅療養期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	③医師から病後児保育室に登園許可を受けた機関 年 月 日 ～ 年 月 日		
主な症状	発熱 発疹 嘔吐 下痢 咳 出血 骨折 傷 その他		
	上記の症状を詳しくお書き下さい。		
日常生活上 注意すべき点	食べてはいけないものがある 感染の恐れがある 安静の必要がある その他		
	医療機関で指導されたことを詳しくお書き下さい。		
内服している 薬等	与薬の必要 有・無 （有の場合、与薬カードに詳細を記入）		
	その他心配なこと・気になること・気を付けて欲しいこと等ご自由にお書き下さい。		