

市町村名：

かかりつけ医師連絡票

年 月 日

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳 月 日
児 童 名					
病院・医院名 病院・医院住所 担当医師名 (自署又は記名押印) TEL () FAX ()					
病 名					
既往歴	熱性けいれん てんかん 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー () 先天性心臓病 ()				
そ の 他 特 記 事 項	入院加療の <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし				
現在服用 している お薬	抗生剤 (粉—色： 桃 白 黄 オレンジ その他 ()) (錠 坐薬) 風邪薬 (粉 シロップ 錠) 解熱剤 (粉 坐薬 錠) 吐気止め (粉 シロップ 坐薬 錠) 下痢止め (粉 錠) 喘息の薬 (粉 シロップ 錠 貼付剤) 抗アレルギー薬 (粉 シロップ 錠) 抗けいれん薬 (粉 錠) その他 ()				