

様式第3号(第12条関係)

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 か月 |
| 児童名 | | | | | |
| 病院・医院名 病院・医院住所 担当医師名(署名) 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 | | | | | |
| 現在服用 している お薬 | 抗生剤 (粉一色：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 () | | | | |