

医師連絡票  
(病児・病後児保育室診療情報提供書)

(診察日) 年 月 日

神戸町長  
(病児・病後児保育室) へ

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 印

乳幼児又は児童が、病児保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

(保護者記入欄)

ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
子ども氏名		園・学校名	
保護者名		電話番号	- -
住所			

(医療機関記入欄)

病状・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	2 風疹
	3 気管支炎・肺炎	4 溶連菌感染症
	5 嘔吐下痢症	6 中耳炎・外耳炎
	7 感染性胃腸炎	8 周期性嘔吐症(自家中毒)
	9 百日咳	10 突発性発疹
	11 咽頭結膜熱(プール熱)	12 水痘
	13 喘息・喘息様気管支炎(完全に発作が止まっていること)	
	14 流行性耳下腺炎(耳下腺腫脹が消失)	
	15 麻疹(解熱後3日経過後)	16 その他
	<病名不明の時> 17 発熱 18 下痢 19 嘔吐	
	20 咳	21 喘鳴 22 発疹
診療形態	発症年月日 令和 年 月 日	
	初診年月日 令和 年 月 日	
	外来 往診 入院(令和 年 月 日~令和 年 月 日)	
現在の投薬処方	与薬方法: 食前・食間・食後・指定時間( 時間毎)	
	投薬品名:	
医師所見	症状・治療状況・経過等	
保育上の留意点	1 寝かせておくこと 2 室内で安静にしていればよい	