

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) あて

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 インフルエンザ(解熱後2日経過後・幼児にあつては3日)			
	14 喘息・喘息様気管支炎(完全に発作が止まっていること)			
	15 流行性耳下腺炎(耳下腺腫脹が消失)			
	16 麻疹(解熱後3日経過後)	17 その他		

	<病名不明の時>	18 発熱	19 下痢	20 嘔吐
		21 咳	22 喘鳴	23 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			