

医師連絡票（診療情報提供書）

医療機関 住 所
名 称
医師名

印

病後児保育室の利用を申請するのにあたり、次のとおり診療状況を提供します。

（保護者記入欄）

児童氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
保護者氏名		電話番号	

（医療機関記入欄）

該当する病名・病状に○印をお願いします		
1 咽頭炎・上気道炎	11 手足口病	病名不明のとき
2 扁桃炎	12 ヘルパンギーナ	21 発熱
3 気管支炎	13 アデノウイルス感染症	22 下痢
4 喘息・喘息様気管支炎	14 流行性耳下腺炎	23 嘔吐
5 感染性胃腸炎（嘔吐・下痢）	15 水痘・带状疱疹	24 咳嗽
6 自家中毒	16 百日咳	25 喘鳴
7 中耳炎・外耳炎	17 風疹	26 発疹
8 結膜炎	18 溶連菌感染症	27 その他
9 突発性発疹症	19 インフルエンザ	()
10 伝染性膿痂疹	20 その他 ()	
病後児保育室利用見込み期間	月 日より	日間程度（限度6日間）
食 事	普通食 ・ 胃腸食 ・ 離乳食（前期・中期・後期） ・ ミルクのみ	
	留意点 なし ・ あり ()	
処方内容	与薬時間：食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他 ()	
	薬品名・用量・用法	
抗痙攣剤	使用しない ・ 使用する（薬品名 _____ °C以上 _____）	
解熱剤	使用しない ・ 使用する（薬品名 _____ °C以上 _____）	
その他 注意事項		