

# 医師連絡票(診療情報提供書)

年 月 日

病児保育施設 施設長 殿

医療機関 住所

名称

電話

担当医師 氏名

印

|       |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |    |
|-------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|
| ふりがな  |          | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 生年月日   | 年齢 |
| 氏名    |          | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日生 | 歳  |
| 医師記入欄 | 病名等      | <input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎<br><input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎<br><input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群<br><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎<br><input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱<br><input type="checkbox"/> 感染性下痢症 <input type="checkbox"/> 感染性下痢症 <input type="checkbox"/> 膿痂疹<br><input type="checkbox"/> その他( ) |        |    |
|       | 症状       | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |    |
|       | 投薬状況     | <input type="checkbox"/> あり( )<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |    |
|       | 安静度      | <input type="checkbox"/> 別室保育(感染を防ぐため隔離して保育)<br><input type="checkbox"/> 室内安静(寝具の上での安静、他の子どもとの静かな遊びは可)<br><input type="checkbox"/> 室内保育(室内で保育)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |    |
|       | 安静を要する期間 | 診療日から( )日程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |    |
|       | その他注意事項  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |    |

## 【保護者記入欄】

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 氏名 |  | 連絡先 |
| 住所 |  |     |

※ 文書料については各医療機関の扱いとなります。

※ 保管は病児保育内の個別ファイルにて管理してください。

※ 病児保育室の利用は、1回の理由につき7日以内です。