様式第５号（第１１条関係）

**堺市病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

堺市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

（自署または記名押印してください。）

堺市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子どもの名前 |  | 性別 | 生年月日 | 　年　　月　　日生（　　歳）　 |
| 病名・症状※ | ０１　感冒・鼻咽頭炎　０２　咽頭炎０３　扁桃炎０４　気管支炎０５　気管支喘息・喘息性気管支炎０６　感染性胃腸炎（　　　　　　）０７　自家中毒症０８　中耳炎・外耳炎０９　伝染性膿痂疹（とびひ）１０　突発性発疹１１　手足口病１２　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | １３　風疹１４　水痘（みずぼうそう）１５　インフルエンザ（　　　　型）１６　アデノウィルス感染症１７　溶連菌感染症１８　RSウィルス感染症１９　マイコプラズマ感染症２０　ヘルパンギーナ２１　ヘルペス歯肉口内炎２２　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） | （病名不明）２３　発熱２４　下痢２５　嘔吐２６　咳嗽２７　喘鳴２８　発疹２９その他（　　　　） |
| 隔離の要否 | **要　　　・　　　否** |
| 安静度※ | １　ベット上安静 |
| ２　室内安静　　（　ベットでの生活が主で、他児との静かな遊びは可。　） |
| ３　室内保育　　（　他児と室内で軽い遊び程度ならよい。　） |
| 食　事※ | ①　　ミルク | ③　離乳食　（　初期　・　中期　・　後期　） |
| 　②　　普通食 | 　④　下痢食　（　軽症　・　中程度　） |
| 　指示事項 |
| 〈　除去食　〉　　　　　卵　・　　牛乳　・　　大豆　・　　その他　（　　　　　　　　　　）　　　　　※アレルギーによる食事制限が必要な場合には、記載願います。 |
| 症状経過及び医師の指示事項 |  |
| 投薬について | 保育室での与薬　　　　（　有　　・　　無　）　　処方　１　　　　　２　　　　　３　　与薬時間：食前・食間・食後・指定時間（　　　　時間毎） |

注意　※印の欄は、該当する項目を○印で囲んでください。