

高石市病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

平成 年 月 日

高石市長 殿

医療機関 所在地

名 称

医師名

⑨

T E L

高石市病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。

児童氏名	男		生年	年 月 日生 (歳)
	女		月 日	
病名・症状※	1 感冒・感冒性症候群	12 伝染性膿痂疹	[病名不明]	
	2 咽頭炎	13 突発性発疹	23 発熱	
	3 扁桃腺炎	14 手足口病	24 下痢	
	4 気管支炎	15 伝染性紅斑（りんご病）	25 嘔吐	
	5 気管支喘息・喘息性気管支炎	16 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	26 咳嗽	
	6 消化不良（多症候性下痢）	17 インフルエンザ	27 喘鳴	
	7 感冒性嘔吐症	18 水痘（みずぼうそう）	28 発疹	
	8 自家中毒症	19 百日咳	29 その他	
	9 中耳炎・外耳炎	20 風疹	()	
	10 結膜炎（流行性を含む）	21 咽頭結膜熱（プール熱）		
	11 溶連菌感染症	22 その他 ()		
隔離の要否※	要 ・ 否			
安静度※	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主で、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良い）			
食 事※	1 ミルク 2 牛乳のみ 3 離乳食 4 普通食 5 下痢食 <u>指示事項</u> アレルギーによる食事制限の有無 有 ・ 無 (除去内容)			
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。