

診療情報提供書（医師連絡票）

（提出先）なぎの木保育園

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

令和 年 月 日

医療機関：

所在地：

電話：

担当医氏名：

㊞

保護者記入欄

乳幼児氏名	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
病後児保育事業利用希望開始日	年 月 日 から 日間

医療機関記入欄

病名・症状 (該当する病名・症状に○印をお願いします。)	1. 感冒・感冒様症候群	10. インフルエンザ(型)	18. マイコプラズマ肺炎
	2. 咽頭炎	11. RSウイルス	19. ヒトメタニューモ
	3. 扁桃炎	12. 咽頭結膜熱(プール熱)	20. ヘルパンギーナ
	4. 気管支炎	13. 流行性角結膜炎	21. 伝染性紅斑(りんご病)
	5. 喘息・喘息性気管支炎	(アデノウイルス)	22. 百日咳
	6. 消化不良症	14. 溶連菌感染症	23. その他
	7. 感染性腸炎()	15. 伝染性膿痂疹(とびひ)	()
	8. 自家中毒症	16. 突発性発疹	
	9. 中耳炎・外耳炎	17. 手足口病	
	【病名不明の時】		
	24. 発熱	26. 喘鳴	28. 咳嗽
	25. 嘔吐	27. 下痢	29. 発疹
			30. その他 ()
治療経過 および 症状経過			
安静度	ベッド上安静 ・ 室内安静 ・ 室内保育		
投薬に ついて	保育室での与薬 (有 ・ 無) 処方内容： ① ② ③ 与薬時間： 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間毎 (時間毎)		
その他 連絡事項			