

様式第4号(第7条関係)

小川町病児・病後児保育事業診療情報提供書(医師連絡票)

患者氏名 _____

生年月日 _____

小川町病児・病後児保育施設の利用に当たり、下記により診療情報を提供します。

【病名】、【症状】の番号に○印又は()に記入をお願いします。

【病名】	11 突然性発疹症 12 手足口病 13 ヘルプアンギーナ 14 伝染性紅斑(りんご病) 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 百日咳 18 風疹様症候群 19 溶連菌感染症 20 インフルエンザ・インフルエンザ様疾患 21 その他疾患等()	【症状】 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 热性けいれん 8 その他
1 上気道炎 2 気管支炎 3 哮息・喘息性気管支炎 4 消化不良症 5 急性腸炎 6 感冒性嘔吐症 7 周期性嘔吐症 8 中耳炎・外耳炎 9 結膜炎(流角結を含む) 10 水痘		

【安静度】、【隔離の必要】(該当する項目に○印をお付けください。)

【安 静 度】	1 室内安静(ベッド上・室内)	2 特になし
【隔離の必要】	1 あり	2 なし

【食事】(該当する項目に○印をお付けください。)

ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)
幼児食・下痢食・アレルギー食(除去内容 :)

【現在の投薬方法】(該当する項目に○印をお付けください。)

1 飲み薬(水薬・散剤・錠剤・カプセル) 用法1日 回 日分 毎食(前・後・直後・間) 時間おき、朝・昼・夕・就寝前	保育室の看護師への連絡事項 ・ 与薬(あり・なし) ・ その他 _____ _____ _____
2 塗り薬	
3 貼り薬	
※薬物アレルギーの有無(あり・なし)	

保育上留意すべきその他指示事項

診断の結果、上記病気にあり、病児・病後児保育事業を利用することが可能と思われます。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 师 名

電 話 番 号