

② 医師連絡票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

病児保育事業

病後児保育事業

医療機関

住所

TEL

担当医

印

の利用について次の通り連絡します。

※どちらの利用かをチェック

保護者記入欄

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)		
児童住所	大阪市 区		
保護者氏名		電話番号	

医療機関記入欄

病名・病状名 (該当する病名・病状に ○印をおつけください)	1. 感冒・感冒様症候群 2. 咽頭炎 3. 扁桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息性気管支炎 6. 消化不良症 7. 感冒性嘔吐症 8. 自家中毒症 9. 中耳炎・外耳道炎	10. 結膜炎(流行性を含む) 11. 溶連菌感染症 12. 伝染性膿痂疹(とびひ) 13. 突発性発疹 14. 手足口病 15. 伝染性紅斑(りんご病) 16. 流行性耳下腺炎 17. 麻疹 18. インフルエンザ	19. 水痘 20. 百日咳 21. 風疹 22. 咽頭結膜炎(プール熱) 23. RSウイルス 24. その他 ()
	【病名不明のとき】 25. 発熱 27. 嘔吐 29. 喘鳴 31. その他 26. 下痢 28. 咳嗽 30. 発疹 ()		
診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日)		
隔離の必要性	1. 無 2. 有		
安静度	1. ベッド上安静 2. 室内安静(他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事(昼食)	・ ミルク ・ 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 ・ その他指示 ()		
治療経過 及び 症状経過			
処方内容 その他 注意事項			
利用必要期間	月 日 ~ 月 日	次回診察予定日	月 日

20200703