

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

の利用について次のとおり連絡します。
※どちらの利用かをチェック

医療機関

住所

TEL

担当医氏名

㊞

保護者記入欄

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	H・R 年 月 日	(満 歳)	
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・症状名 (該当する病名・症状に ○印をおつけください。)	1 感冒・感冒様症候群	10 結膜炎(流行性を含む)	19 水痘
	2 咽頭炎	11 溶連菌感染症	20 百日咳
	3 扁桃腺炎	12 伝染性膿痂疹(とびひ)	21 風疹
	4 気管支炎	13 突発性発疹	22 咽頭結膜熱(プール熱)
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 手足口病	23 RSウイルス
	6 消化不良症	15 伝染性紅斑(りんご病)	24 その他
	7 感冒性嘔吐症	16 流行性耳下腺炎	()
	8 自家中毒症	17 麻疹	
	9 中耳炎・外耳炎	18 インフルエンザ	
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹
			30 その他 ()
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)		
治療経過 及び 症状経過			
食事(昼食) (○印で記入)	・ ミルク ・ 離乳食 ・ 幼児食 ・ 下痢食 ・ アレルギー食(除去内容)		
安静度	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育		
処方内容 その他 注意事項			
	次回診療予定日 月 日	利用必要期間	月 日 ~ 月 日