

② 医師連絡票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

医療機関

住所

TEL

担当医

印

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. 急性上気道炎(感冒・扁桃腺炎を含む) 2. 気管支炎・肺炎 3. 中耳炎 4. 感染性胃腸炎 5. インフルエンザ A型 B型 6. RSウイルス 7. 溶連菌感染症 8. アデノウイルス(上気道・便) 9. 咽頭結膜炎(プール熱)		10. 突発性発疹症 11. 手足口病 12. 流行性耳下腺炎 13. 麻疹 14. 水痘 15. 風しん 16. 膿痂疹 17. 鼻炎 18. その他()	
	【病名不明の場合】 19. 発熱 20. 下痢 21. 嘔吐 22. 咳嗽 23. 喘鳴 24. 発疹			
保育の留意点	隔離(○印)	不要 要 ・ 個室隔離 ・ 同疾患は同室可		
	安静度(○印)	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)		
治療経過 及び 症状経過				
処方内容 その他 注意事項				
			次回診察予定日	月 日
利用必要期間	月 日 ~ 月 日			

2023

※病児病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について提供します。