

診療情報提供書

高根沢町長 様

病後児保育の利用について、下記のとおり連絡いたします。

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
----	--	----	-----	------	-------

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群 (インフルエンザ含む) 02 咽 頭 炎 03 扁 桃 腺 炎 04 気 管 支 炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎	10 流行性角結膜炎 11 伝染性膿痂疹(とびひ) 12 突発性発疹症 13 手 足 口 病 14 りんご病(伝染性紅斑) 15 流行性耳下腺炎 16 麻 疹 17 水 痘 18 百 日 咳 19 風 疹	20 その他 [] (病名不明のとき) 21 発 熱 22 下 痢 23 嘔 吐 24 咳 嗽 25 喘 鳴 26 発 疹
診療形態	1 外 来 2 往 診 3 入 院 (平成 年 月 日)		
発症年月日	年 月 日		
保育士の 留意事項 (安静、食事、 特異体質等)			
現 在 の 投 薬 処 方			
医師の所見	年 月 日より 日間 病後児保育が必要		
指 示 事 項			
年 月 日 医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名			