

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	平成 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)	10 流行性角結膜炎	20 その他 []
	02 咽 頭 炎	11 伝染性膿痂疹 (とびひ)	(病名不明のとき)
	03 扁桃腺炎	12 突発性発疹症	
	04 気管支炎	13 手足口病	21 発 熱
	05 喘息・喘息性気管支炎	14 りんご病 (伝染性紅斑)	22 下 痢
	06 消化不良症	15 流行性耳下腺炎	23 嘔 吐
	07 感冒性嘔吐症	16 麻 疹	24 咳 嗽
	08 自家中毒症	17 水 痘	25 喘 鳴
	09 中耳炎・外耳炎	18 百 日 咳	26 発 疹
	19 風 疹		

診療形態	1 外 来 2 往 診 3 入 院 (平成 年 月 日)
------	--

発症年月日	平成 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	平成 年 月 日より 日間 病後児保育が必要
-------	------------------------

指 示 事 項	
---------	--

平成 年 月 日	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名
----------	------------------------------------