

診療情報提供書（病児保育医師連絡票）

年 月 日

（あて先） ふくしまキッズ保育園

医療機関 所在地
 名称
 電話
 担当医師 氏 名

Ⓜ

次の児童による病児保育の利用について、以下のとおり連絡します。

| | | | |
|--|---|---|--------------|
| 名前 | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳 ヶ月） |
| 次の病名・病状の番号に○をご記入ください。 | | | |
| 1 感冒・感冒症候群 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 感染性胃腸炎 7 感冒性嘔吐症 8 中耳炎・外耳炎 9 結膜炎 10 突発性発疹症 | 11 膿疱疹 12 手足口病 13 伝染性紅斑（りんご病） 14 流行性耳下腺炎 15 水痘 16 溶連菌感染症 17 アデノウイルス感染症 18 ロタウイルス感染症 19 その他（ | <主な症状> 20 発熱 （ ℃） 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹 | |
| 病 状（番号に○） | 1 急性期 2 回復期 | | |
| 安静度（番号に○） | 1 ベット上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 その他（ ） | | |
| 処 方 内 容 | | | |
| 保育の注意事項 | | | |