

保護者記入

医療機関記入

診療情報提供書 兼 医師連絡票

※診療日から7日間有

効

年 月 日

みどりの森保育園 ももの木 御中

病児保育の利用について次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

児童氏名	(男・女)		年	月	日	生
保護者情報	住所					
	氏名	連絡先				

(医療機関記入欄)

病名等 (レ点)	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 気管支炎
	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> 乳幼児下痢嘔吐症
	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 感染性下痢症	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 中耳炎
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 膿痂疹	<input type="checkbox"/> 火傷
	<input type="checkbox"/> 自家中毒症	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	
	<input type="checkbox"/> その他()		
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()		
安静度	<input type="checkbox"/> 別室保育(他児への感染を防ぐため隔離して保育) <input type="checkbox"/> 室内安静(主にベッド上で安静。寝かせておくこと) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
薬剤の処方	なし・あり(薬剤名:) (与薬の方法: 食前 食間 食後 その他[])		
配慮を要する 事項	(PCR、抗原検査陰性など)		
医療機関名 _____			
所在地 _____ TEL _____			
担当医氏名 _____ ㊟			