

## 病児・病後児保育診療情報提供書(医師連絡票)

年 月 日

医療法人ハーティ友育 Tie 理事長 殿

医療機関 所在地

名称

医師名

印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

(ふりがな) 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒		
電話番号			保護者氏名

※下記□にチェックをしてください

病名	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモ ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A <input type="checkbox"/> インフルエンザ B <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>※麻疹、水痘、結核の児は 利用できません。</b>
入院の必要性	<input type="checkbox"/> なし <b>※入院が必要な場合は病児・病後児保育は利用できません</b>		
治療経過	月 日より <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
処方薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  <b>※「あり」の場合は</b> ・処方内容(薬剤名のみ)をご記載ください。 ・薬局からの薬剤情報提供文書(コピー可)を必ず持参させてください。		
配慮を 要する事項	食事( <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食(内容: ) )、 安静度( <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内安静で他児との遊び可 )、 <input type="checkbox"/> アレルギー ( )、 <input type="checkbox"/> その他 ( )		