病児保育事業情報提供書（医師連絡票）

高萩市長 様

病児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

保護者記入欄

ふりがな 児童氏名		性　別	□ 男　□ 女
生年月日	年　月　日（　歳　か月）		
児童住所			
保護者氏名		電話番号	
病児保育事業利用開始日	年　月　日から		

医療機関記入欄

病名・症状名（該当する病名・症状にレ点チェックをつけて下さい）	□ 感冒・感冒様症候群 □ 咽頭炎 □ 扁桃腺炎 □ 気管支炎 □ 喘息 □ 喘息様気管支炎 □ 感染性胃腸炎 □ 中耳炎・外耳炎 □ 伝染性膿痂疹（とびひ）	□ 咽頭結膜熱（プール熱） □ 流行性角結膜炎 □ 溶連菌感染症 □ 突発性発疹症 □ 手足口病 □ 伝染性紅斑（リンゴ病） □ ヘルパンギーナ □ ＲＳウイルス感染症 □ ヒトメタニューモ
		□ マイコプラズマ肺炎 □ インフルエンザA型 □ インフルエンザB型 □麻しん □風疹 □水痘 □百日咳 □ その他 （　　）
発症日	令和　年　月　日	
迅速検査の実施状況	□ あり（　＋　／　－　） □インフルエンザA型　□インフルエンザB型　□アデノウィルス　□溶連菌 □ＲＳウイルス　□マイコプラズマ　□ヒトメタニューモ　□ロタウイルス　□ノロウイルス □ なし	
症状	□ 発熱　□ 嘔吐　□ 喘鳴　□ その他 □ 下痢　□ 咳　□ 発疹　（　　）	
安静度	□ ベッド上安静　□ 室内安静　□ 室内保育	
食事	□ 普通食　□ 下痢食　□ 離乳食　□ ミルクのみ □ アレルギー食（除去内容：　　）	
与薬	□ あり　□ なし	
診察日 医療機関	年　月　日	医療機関 所在地 名 称 電話番号 診断医師署名