

診療情報提供書

医療機関記入日： 年 月 日

聖蹟こどもTERRACE 病児保育室 殿

医療機関記入 医療機関名
医師名 印
所在地
電話番号

病児保育の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

保護者 記入項目	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		
医療機関 記入項目	傷病名（該当事項に○）	病名不明時	感染症・その他感染性疾患	
	01 感冒・感冒様症候群	11 発熱	21 突発性発疹	22 結膜炎
	02 咽頭炎	12 下痢	23 膿痂疹	24 手足口病
	03 扁桃炎	13 嘔吐	25 伝染性紅斑	26 流行性耳下腺炎
	04 上気道炎	14 咳嗽	27 百日咳	28 風疹（三日はしか）
	05 気管支炎	15 喘鳴	29 水痘（水ぼうそう）	30 溶連菌感染症
	06 喘息・喘息性気管支炎	16 発疹	31 ヘルパンギーナ	32 RSウイルス
	07 肺炎	17 掻痒	33 プール熱（咽頭結膜熱）	
	08 感染性胃腸炎	18 創傷	34 インフルエンザ（ 型）	
	09 細菌性腸炎	19 挫傷	35 その他（ ）	
10 中耳炎・外耳炎	20 その他			
	主な症状（該当事項に○）	病状（該当事項に○）	安静度（該当事項に○）	
	01 発熱 02 下痢	01 急性期	01 ベッド上安静	
	03 嘔吐 04 咳	02 回復期	02 室内安静	
	05 喘鳴 06 発疹		03 室内保育	
	07 その他			
	食事の注意			
	処方内容（該当事項に○）			
	水薬・粉薬・錠剤（薬品名： ）			
	与薬方法（該当事項に○）			
	食前・食間・食後 その他（ ）			
	その他連絡事項			