

高石市病児保育室（事業）医師連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

高石市長 宛

医療機関 所在地

名 称

医師名

印

T E L

緊急連絡先

高石市病児保育室（事業）の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名	男		生年	年 月 日生（ 歳）	
	女		月 日		
病名・症状※	1 感冒・感冒性症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 気管支喘息・喘息性気管支炎 6 感染性胃腸炎 7 溶連菌感染症 8 伝染性膿痂疹 9 突発性発疹			10 带状疱疹 11 手足口病 12 伝染性紅斑（りんご病） 13 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 14 インフルエンザ A型・B型 15 水痘（みずぼうそう） 16 風疹 17 咽頭結膜熱（プール熱） 18 その他（ ）	
隔離の要否※	要 ・ 否				
安静度※	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可） 3 室内保育（他児と室内で軽い遊び程度なら良い）				
食 事※	1 ミルク 2 牛乳のみ 3 離乳食 4 普通食 5 下痢食 指示事項 アレルギーによる食事制限の有無 有 ・ 無 （除去内容 ）				
症状経過及び 医師の指示事項					
投薬について	与薬 有 ・ 無 処方 1 2 3 与薬時間： 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間（ 時間毎）				

注意 ※印の欄は、該当する項目を○印で囲んでください。

※この文書は、保険診療（診療情報提供書Ⅰ）の扱いとなります。

本医師連絡票（診療情報提供書）を病児保育室で使用することに同意します。

（※病児保育室を通して提出）

同意者署名（保護者）