

保護者記入

医療機関記入

診療情報提供書 兼 医師連絡票

年 月 日

病児保育事業実施施設 御中

西宮市病児保育事業の利用について、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	<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 (主にベッドの上で安静。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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名) (与薬の方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 [])					
配慮を要する事項						
医療機関名 _____						
所在地 _____ TEL _____						
担当医氏名 _____ (印)						