

別記様式第3号 (第10条関係)

診療情報提供書 (利用連絡票)

(保護者記入欄)

|      |                  |    |   |      |         |
|------|------------------|----|---|------|---------|
| ふりがな |                  | 性別 | 男 | 生年月日 | 年 月 日   |
| 児童氏名 |                  | 別  | 女 |      | ( 歳 ヶ月) |
| 住所   |                  |    |   | 電話番号 |         |
| 利用期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで |    |   |      |         |

(主治医記入欄)

|                                     |  |                 |           |
|-------------------------------------|--|-----------------|-----------|
| 該当する病名・症状に○をお願いします。                 | 1 感冒・感冒性症候群  | 11 突発性発疹症       | (病名不明のとき) |
|                                     | 2 咽頭炎  | 12 手足口病         |           |
|                                     | 3 扁桃腺炎   | 13 りんご病 (伝染性紅班) | 21 発熱     |
|                                     | 4 気管支炎   | 14 流行性耳下腺炎      | 22 下痢     |
|                                     | 5 喘息・喘息性気管支炎   | 15 麻疹           | 23 嘔吐     |
|                                     | 6 消化不良症  | 16 水痘           | 24 咳痰     |
|                                     | 7 感冒性嘔吐症   | 17 百日咳          | 25 喘鳴     |
|                                     | 8 自家中毒症  | 18 風疹           | 26 発疹     |
|                                     | 9 中耳炎・外耳炎  | 19 インフルエンザ      |           |
|                                     | 10 結膜炎 (流角結を含む)  | 20 その他 ( )      |           |
| 安静度 (○印)                            | 1. ベッド上で安静 2. 室内安静 3. 室内保育 4. 隔離を要する   |                 |           |
| 食事 (○印)                             | 1. ミルク 2. 離乳食 (初期・中期・後期) 3. 下痢食 4. 普通食<br>5. アレルギー食 (除去内容 ) 6. その他 ( )   |                 |           |
| 治療 (処方内容) (○印)                      | 1. 飲み薬 (水薬・散剤・錠剤・カプセル)<br>用法1日 回 日分<br>毎食 (前・後・直後・寝る前)<br>時間おき、朝・昼・夕・寝る前<br>2. 塗り薬<br>3. 貼り薬 ※薬物アレルギーの有無 (有・無) |                 |           |
| 症状経過及び医師の指示事項                       |  |                 |           |
| 病児 (病後児) 保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。 |  |                 |           |
| 年 月 日                               |  |                 |           |
| 医療機関名                               |  |                 |           |
| 所在地                                 |  |                 |           |
| 電話番号                                |  |                 |           |
| 医師名                                 |  |                 |           |
| 印                                   |  |                 |           |