

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

ふりがな		性 別	男 女	生 年 月 日	
児童氏名					年 月 日 生
住 所					

下記の病名、症状等に○印をお付けください。

傷病名	1 感冒・感冒様症候群	8 自家中毒	15 流行性耳下腺炎
	2 咽頭炎	9 中耳炎・外耳炎	16 麻疹
	3 扁桃腺炎	10 結膜炎(流行性角膜炎を含む。)	17 水痘
	4 気管支炎	11 膿痂疹	18 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	12 突発性発疹症	19 風疹
	6 消化不良	13 手足口病	20 その他
	7 感冒性嘔吐症	14 伝染性紅斑	( )
症 状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他 ( )		
初発・再発	初発 ・ 再発 (初発 平成 年 月 日)		
安静度	1 ベッド上安静      2 隔離室で隔離 3 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育 (他児と室内で普通に遊んで良い)		
食事	1 ミルク      2 離乳食 (前期・中期・後期)      3 幼児食 4 下痢食      5 アレルギー食      6 その他 ( )		
処方内容			

本児童は、上記病気の回復期にあり病後児保育事業を利用することが可能と思われます。

医療機関名

医 師 名

Ⓔ