

診療情報提供書（医師連絡票）

綾川町長 様

病気回復期にある児童が、病後児保育室「ひだまり」の利用を申請するにあたり、診断した結果、現時点での病後児保育が利用可能であると判断しましたので次のとおり診療情報を提供いたします。

フリガナ		性別	男 ・ 女
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 カ月
住所		電話番号	

受診年月日	年 月 日 (発症日 年 月 日)		
病名・症状 <input checked="" type="checkbox"/> を記入 以下同じ	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 急性咽頭炎 <input type="checkbox"/> 急性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 急性中耳炎 <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ()型 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> R S ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> その他()	(病名不明のとき) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 湿疹
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドや布団の上为主、他児との静かな遊びは可能) <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)		
食事の指示	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容:) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他の指示 ()		
投薬の指示	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照 <input type="checkbox"/> その他指示 ()		
医師所見 症状経過			

※綾川町在住者への診療情報提供書は保険診療扱いとなります。(月一回限度)

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名