

診療情報提供書

【保護者記載】

児童名

保護者名

生年月日 H・R 年 月 日

住所 土浦市

【医師記載】

該当する番号に○をお願いします

| | | |
|-----------------|---------------|--|
| 01. 感冒、感冒様症候咽頭炎 | 11. 細菌性胃腸炎 | <病名不明の時> 01. 嘔吐 02. 下痢 03. 発熱 04. 喘鳴 05. 咳嗽 06. 湿疹 |
| 02. インフルエンザ | 12. ロタウイルス胃腸炎 | |
| 03. 気管支炎 | 13. 中耳炎 ・ 外耳炎 | |
| 04. 扁桃腺炎 | 14. 結膜炎 | |
| 05. 肺炎 | 15. 溶連菌感染症 | |
| 06. 喘息 | 16. 突発性湿疹症 | |
| 07. 喘息様気管支炎 | 17. 咽頭結膜熱 | |
| 08. 水痘 | 18. ヘルパンギーナ | |
| 09. 流行性耳下腺炎 | 19. 手足口病 | |
| 10. 感染症胃腸炎 | 20. とびひ | |

| | |
|----|---|
| 食事 | 01. ミルク のみ 02. 離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) 03. 幼児食 04. アレルギー食 除去内容: |
|----|---|

| | |
|-----|--|
| 安静度 | 01. ベット上で安静 02. 室内安静 (室内での静かな遊びは可) 03. 室内保育 (他児と室内で普通に遊び可) |
|-----|--|

| | |
|------|--|
| 処方内容 | |
|------|--|

| | |
|-----|------------------------|
| その他 | ※配慮する点がありましたらご記入して下さい。 |
|-----|------------------------|

| | |
|------|-------------------------------------|
| 利用期間 | 日間程度 ※記入した日を含む日数で最大7日間 (土・日・祝日を含まず) |
|------|-------------------------------------|

かな保育園 園長殿

この児童は、病気の回復期にあたり、病後児保育利用が (可能 ・ 不可能) です。
※いずれに○をつけて下さい。

令和 年 月 日

医療機関 医療機関名
所在地
TEL
医師名 印