

# 病後児保育室入室診療情報提供書

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

FAX

医師名

印

回復期にある児童が病後児保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

児童氏名		性別	男・女	電話番号	—	—
生年月日	年 月 日	連絡の取れる電話番号		—	—	
住 所				入室時間		
				保育園での流行	無・有 ( )	

病状・症状 (☑を付ける)	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 急性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> クループ性気管支炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス性胃腸炎	<input type="checkbox"/> ノロウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含む） <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> ヘルペスウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	<病名不明の時> <input type="checkbox"/> 腹痛症 <input type="checkbox"/> 嘔吐症 <input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	安静度 (☑を付ける) <input type="checkbox"/> 一般（他児と同室でよい） <input type="checkbox"/> 安静（ベッド上） <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい）	<input type="checkbox"/> ゆるやかな隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上が主。静かな遊びは可）	<input type="checkbox"/> 隔離室で隔離
食事 (☑を付ける)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期） <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容：      ） <input type="checkbox"/> 水分指示（      ） <input type="checkbox"/> その他の指示（      ）		
現在の投薬内容・指示	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照 <input type="checkbox"/> その他の処方 <input type="checkbox"/> コメント		
医師所見			

\*発行日を含めて7日間有効です。但し症状が変われば追加・変更の記載をいたします。