

# 診療情報提供書

学校法人井之頭学園 苑

記入日 年 月 日

## 病後児保育事業医師連絡票

医療機関 住所

名 称

電話番号

医 師 名

\_\_\_\_\_ 印

病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	年 月 日	( 歳)
住所	武蔵野市				
病後児保育室利用見込み期間	月 日より	日 間	程 度	(限度 2 日間)	
該当する病名・病状に○印をお願いします。					
1 咽頭炎・上気道炎	11 手足口病	病名不明のとき			
2 扁桃炎	12 ヘルパンギーナ	21 発熱			
3 気管支炎	13 アデノウイルス感染症	22 下痢			
4 喘息・喘息様気管支炎	14 流行性耳下腺炎	23 嘔吐			
5 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢)	15 水痘・帯状疱疹	24 咳嗽			
6 自家中毒	16 百日咳	25 喘鳴			
7 中耳炎・外耳炎	17 風疹	26 発疹			
8 結膜炎	18 溶連菌感染症	27 その他			
9 突発性発疹症	19 インフルエンザ	( )			
10 伝染性膿痂疹	20 その他( )				
病状・病状の経過等					
安静度	1 室内保育(他児と室内で遊んでも良い状態) 2 室内安静(ベットの生活が主、静かな遊びはしても良い) 3 その他				
食 事	普通食・胃腸食・離乳食(前期・中期・後期)・ミルクのみ 留意点 なし・あり( )				
処方内容	与薬時間:食前・食間・食後・その後( ) 薬品名・用量・用法(現在服用しているもの)				
抗痙攣剤	※園では基本お薬は飲ませていません。 使用しない・使用する(薬品名 ) ℃以上				
解熱剤	使用しない・使用する(薬品名 ) ℃以上				
その他 注 意 事 項					