

串本町長 あて

医療機関 所在地  
 名称  
 医師氏名  
 電話番号

印

### 診療情報提供書

串本町病児病後児保育事業の利用に当たり、利用が可能であると判断しましたので、必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 箇月)	
住所	〒		電話番号	
病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹		<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <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"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他( )	
			病名不明の時 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
病状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱等)		<input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等)	
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
処方内容	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間 ( 時間毎) 薬品名： その他特記事項 ( )			
その他注意事項				