

診療情報提供書

（あて先）大東市長

年 月 日

医療機関所在地

電話

医師名

印

次の児童が、病児・病後児保育の利用を申し込むに当たり、次のとおり診療情報を提供いたします。

【保護者記入欄】※太線枠内は保護者が記入してください。

(フリガナ) 氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	(歳 月)	
住所			
保護者名		連絡先	
病児保育室への連絡事項(アレルギー食等)			

【医療機関記入欄】※該当項目に○を付けてください。

病名	1 感冒・感冒症候群	※以下の疾患については、他のお子様への「感染期」を経過した状態		
	2 上気道炎			
	3 気管支炎			
	4 感染性胃腸炎（嘔吐・下痢）	1 麻疹	6 咽頭結膜熱	
	5 中耳炎・外耳炎	2 水痘	7 百日咳	
	6 喘息・喘息様気管支炎	3 風疹		
	7 骨折等の外傷性疾患 ()	4 インフルエンザ		
	8 その他 ()	5 流行性耳下腺炎		
病状	1 急性期（発熱等）		2 回復期（解熱・微熱等）	
主な症状	1 発熱	2 下痢	3 嘔吐	4 咳嗽
	5 喘鳴	6 発疹	7 その他 ()	
食事に関する特別な指示	1 なし			
	2 あり ミルクのみ ・ 離乳食（前期・中期・後期） ・ 幼児食 アレルギー食（除去内容 その他 ()			
熱性けいれんに係る既往歴および指示	【既往】			
	1 なし 2 あり ・回数 (回) ・最終 (年 月 日) 【抗けいれん剤の使用】			
薬の処方	1 使用しない 2 使用する (°C以上 薬品名:)			
	1 なし 2 あり () ※薬剤アレルギーの有無 1 なし 2 あり () ※薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載して下さい。			
安静度	1 病児・病後児保育室での集団保育が可能 2 隔離室での保育が必要			
利用期間	日間程度（※記入日を含めて最大7日間）			
その他注意事項				

※この文書は初診に限り保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。