

保護者記入

医療機関記入

診療情報提供書 兼 医師連絡票

年 月 日

西宮市長 様

西宮市病児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

児 童 名			(男・女)	年	月	日	生
保護者情報	住所						
	名前		連絡先	-	-		

(医療機関記入欄)

病名等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 感染性下痢症 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 乳幼児下痢嘔吐症 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 火傷
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 ()		
安静度	<input type="checkbox"/> 別室保育 (他児への感染を防ぐため隔離して保育) <input type="checkbox"/> 室内安静 (主にベッドの上で安静。寝かせておくこと) <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)		
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名) ↳ 与薬の方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 発熱時 (度以上) <input type="checkbox"/> その他 []		
配慮を要する事項			
医療機関名	_____		
所在地	_____ TEL _____ - _____		
担当医名	_____ (印)		