

② 医師連絡票 (診療情報提供書)

ハグテラス リーブル宛

保護者記入欄

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成・令和 年 月 日	( 歳 ヲ月)	
児童住所			
保護者氏名		電話番号	

医療機関記入欄 上記児童の病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡いたします。

病名・病状名 <small>(該当する病名・病状に○印をおつけください)</small>	1. 感冒・感冒症候群	10. 結膜炎 (流行性を含む)	19. 水痘
	2. 咽頭炎	11. 溶連菌感染症	20. 百日咳
	3. 扁桃腺炎	12. 伝染性膿痂疹 (とびひ)	21. 風疹
	4. 気管支炎	13. 突発性発疹	22. 咽頭結膜炎 (プール熱)
	5. 喘息・喘息性気管支炎	14. 手足口病	23. RSウイルス
	6. 消化不良症	15. 伝染性紅斑 (りんご病)	24. その他
	7. 感冒性嘔吐症	16. 流行性耳下腺炎	( )
	8. 自家中毒症	17. 麻疹	
	9. 中耳炎・外耳道炎	18. インフルエンザ	
	【病名不明のとき】		
	25. 発熱	27. 嘔吐	29. 喘鳴
	26. 下痢	28. 咳嗽	30. 発疹
			31. その他 ( )
診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 ( 令和 年 月 日 ~ 年 月 日)		

病後児保育室利用上の留意事項

隔離の必要性	1. 無 2. 有
安静度	1. ベッド上安静 2. 室内安静 (他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
食事 (昼食)	・ ミルク ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 幼児食 ・ 下痢食 ・ アレルギー食 (除去内容 ) ・ その他指示 ( ) ※保育室では幼児食・ミルク・牛乳の対応となりますので、その他はご持参ください。
治療経過 及び 症状経過	
処方内容 その他 注意事項	
利用必要期間	月 日 ~ 月 日 (見込み) ※発行日から上限7日間

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

