

診療情報提供書（池田市病児・病後児保育施設用）

年 月 日

池田市長様

《 医療機関 》

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

印

池田市病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり連絡いたします。

※下記該当する事項□にチェックをお願いします。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

児童氏名			生年月日	年	月	日生
住 所						
保護者氏名			電話番号			
予 約	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育施設 予約済					
病名・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 手足口病		<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> その他()			
	(症 状) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽(がいそう) <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> その他()					
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日 ~ 年 月 日)					
治療経過・症状等						
現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法	薬の説明書	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> あり 処方の詳細は薬の説明書を参照 <input type="checkbox"/> なし	
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 安静室で隔離 <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能) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児との室内で普通に遊んでよい)					
配慮を要する事項						