

別記様式第3号 (第10条関係)

診療情報提供書 (利用連絡票)

(保護者記入欄)

ふりがな		性別	男	生年月日	年 月 日
児童氏名		別	女		(歳 ヶ月)
住 所				電話番号	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで				

(主治医記入欄)

該当する病名・症状に○をお願いします。	1 感冒・感冒性症候群	11 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	2 咽頭炎	12 手足口病	
	3 扁桃腺炎	13 りんご病 (伝染性紅班)	21 発熱
	4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 下痢
	5 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹	23 嘔吐
	6 消化不良症	16 水痘	24 咳痰
	7 感冒性嘔吐症	17 百日咳	25 喘鳴
	8 自家中毒症	18 風疹	26 発疹
	9 中耳炎・外耳炎	19 インフルエンザ	
	10 結膜炎 (流角結を含む)	20 その他 ()	
安静度 (○印)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静 3. 室内保育 4. 隔離を要する		
食事 (○印)	1. ミルク 2. 離乳食 (初期・中期・後期) 3. 下痢食 4. 普通食 5. アレルギー食 (除去内容) 6. その他 ()		
治療 (処方内容) (○印)	1. 飲み薬 (水薬・散剤・錠剤・カプセル) 用法1日 回 日分 毎食 (前・後・直後・寝る前) 時間おき、朝・昼・夕・寝る前 2. 塗り薬 3. 貼り薬 ※薬物アレルギーの有無 (有・無)		
症状経過及び医師の指示事項			
病児 (病後児) 保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師名			

印