

小野市 病児・病後児保育 医師連絡票

(診療情報提供書)

(病児・病後児保育室 担当医師)

様

年 月 日

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。
 なお、本児童は、病児・病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関の所在地

名 称

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

ふりがな				男 ・ 女
児童氏名				
生年月日	平成 年 月 日生 (歳 月)			
傷病名				
症 状 (○ 印)	1 発熱	2 下痢	3 嘔吐	4 咳嗽
	5 喘鳴	6 発疹	7 鼻汁	
	8 その他 ()			
診療形態	初診年月日 年 月 日			
	外来 往診 入院 (年 月 日)			
	発症年月日 年 月 日			
初発・再発	1 初発 2 再発 (初発 年 月 日)			

症状・既往症・治療状況・退院の年月日等

現在の投薬状況

隔離の必要性 有 ・ 無

(隔離時の留意点)

食事の留意事項 (特異体質、水分のみなど)

その他保育上の留意点