

③ 診断情報提供書

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳)		
患者住所			
電話番号		保護者氏名	

以下医師記載 病児病後児保育室の利用について、下記の通りに連絡いたします

病名 症状 (番号 に○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> ①急性上気道炎 ②気管支炎・肺炎 ③喘息・喘息性気管支炎 ④急性胃腸炎 ⑤周期性嘔吐症 ⑥突発性発疹 ⑦手足口病 ⑧伝染性紅斑(りんご病) ⑨流行性耳下腺炎 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> ⑩インフルエンザ ⑪溶連菌感染症 ⑫中耳炎 ⑬結膜炎(流角結を含む) ⑭伝染性膿痂疹(とびひ) ⑮その他() </td> </tr> </table>	①急性上気道炎 ②気管支炎・肺炎 ③喘息・喘息性気管支炎 ④急性胃腸炎 ⑤周期性嘔吐症 ⑥突発性発疹 ⑦手足口病 ⑧伝染性紅斑(りんご病) ⑨流行性耳下腺炎	⑩インフルエンザ ⑪溶連菌感染症 ⑫中耳炎 ⑬結膜炎(流角結を含む) ⑭伝染性膿痂疹(とびひ) ⑮その他()
①急性上気道炎 ②気管支炎・肺炎 ③喘息・喘息性気管支炎 ④急性胃腸炎 ⑤周期性嘔吐症 ⑥突発性発疹 ⑦手足口病 ⑧伝染性紅斑(りんご病) ⑨流行性耳下腺炎	⑩インフルエンザ ⑪溶連菌感染症 ⑫中耳炎 ⑬結膜炎(流角結を含む) ⑭伝染性膿痂疹(とびひ) ⑮その他()		
既往歴 症状経過 及び 検査結果			
治療経過			
処方内容			
病児保育 or 病後児保育 として利用可能			
保育上の留意点			
その他指示			

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

医療法人社団ライズ ほしがおか保育園