

診療情報提供書 兼 医師連絡票

年 月 日

病児保育事業実施施設 御中

西宮市病児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

児童氏名	(男・女)		年	月	日	生
保護者情報	住所					
	氏名		連絡先			

(医療機関記入欄)

病名等 <small>(該当するものに○)</small>	咽頭炎・扁桃腺炎	突発性発疹	気管支炎
	手足口病	肺炎	ヘルパンギーナ
	喘息・喘息様気管支炎	伝染性紅斑	乳幼児下痢嘔吐症
	麻疹	感染性下痢症	水痘
	インフルエンザ様疾患	風疹	中耳炎
	流行性耳下腺炎	結膜炎	咽頭結膜熱
	骨折	膿痂疹	火傷
	自家中毒症	感冒・感冒様症候群	
	その他 ()		
病名不明の時	発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他 ()		
安静度	別室保育 (他児への感染を防ぐため隔離して保育) 室内安静 (主にベッドの上で安静。寝かせておくこと) 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)		
薬剤の処方	なし・あり (薬剤名) (与薬の方法 食前・食間・食後・その他 [])		
配慮を要する事項			
医療機関名 _____ 所在地 _____ TEL _____ 担当医氏名 _____ (印)			