

病児保育診療情報提供書

年 月 日

社会福祉法人 恩賜 財団 済生会支部富山県済生会
富山県済生会高岡病院 小児科
済生会高岡なでしこ保育園 病児保育室 あて

医療機関
住所
電話番号
担当医師名

㊞

病児保育の利用にあたり、下記の通りに状況をお知らせします。

保護者記入欄

児童氏名		男・女
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
住所	市	
保護者氏名	電話番号	()

医療機関記入欄

病名・症状名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	原因不明 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> 手足口病	
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (嘔吐、下痢)	<input type="checkbox"/> 水痘・带状疱疹	
	<input type="checkbox"/> 自家中毒	<input type="checkbox"/> 百日咳	
	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> その他 ()	
病状	<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期	
療養環境	<input type="checkbox"/> 個室隔離 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 疾患が同じであれば同室可	
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> アレルギー食		
処方内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書,おくすり手帳通り <input type="checkbox"/> 追加処方あり 薬剤が多い場合は別紙可		
解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する 薬品名 () ℃以上)		
ダイアップ座薬	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する () ℃以上)		
その他注意事項			
利用見込み期間	月 日～ 月 日頃		

※この連絡表は発行日を含め3日間有効です。

令和4年3月2日改訂