医師連絡票（診療情報提供書）

早苗幼稚園病児保育室において、病児・病後児保育事業の利用について、次の通り連絡します。

年　　月　　日

（保護者記入欄）

児童氏名		保護者氏名	
児童住所	市		

（医療機関記入欄）

病名：症状 ＊該当する病名・症状に○印をお付けください	1　感冒・感冒様症候群 2　咽頭炎 3　扁桃炎 4　気管支炎 5　喘息様・喘息性気管支炎 6　消化不良症 7　感冒性胃腸炎 8　自家中毒症 9　中耳炎・外耳炎 10　咽頭結膜熱（プール熱） 11　溶連菌感染症 12　伝染性膿痂疹（とびひ） 13　突発性発疹 14　手足口病 15　マイコプラズマ感染症	16　ヘルパンギーナ 17　伝染性紅斑（りんご病） 18　流行性耳下腺炎 19　インフルエンザ（A・B） 20　百日咳 21　風疹 22　麻疹 23　はやり目（流行性角結膜炎） 24　水痘　　25　RS ウイルス 26　発熱　　27　下痢 28　嘔吐　　29　咳嗽 30　喘鳴　　31　発疹 32　ロタ・ノロ・アデノウィルスなど感染性胃腸炎（細菌性胃腸炎含む） 33　その他（　　）
症状・経過 （検査内容等）		
現症状	症状の安静度	・　特になし　・　ベッド上安静　・　室内保育
	他児との同室	・　可　　・　不可　　・　同一疾患であれば可
	薬	・　なし　・　処方の通り
注意点・指示 その他連絡事項		

医療機関名：
所　在　地：
電 話 番 号：
担 当 医 師：　　印