

# 診療情報提供書（医師記入）

③



## (医師連絡表)

年 月 日

ママサポ・テラス病児保育室  
OHANA 施設長様

所在地  
医療機関名  
担当医師名  
電話番号

印

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況をお知らせします。

保 護 者 記 入 欄	住所		電話番号		
	ふりがな		ふりがな		続 柄
	児童氏名		保護者名		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	ヶ月
	病児・病後児保育 利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			

\*利用できる期間は、原則7日間です。

医 療 機 関 記 入 欄	病名等 (該当するものに○)	1・風邪/風邪症候群(上気道炎) 2・咽頭炎 3・扁桃腺炎 4・気管支炎 5・喘息・喘息性気管支炎 6・消化不良症 7・感冒性嘔吐症 8・自家中毒 9・中耳炎・外耳炎 10・結膜炎	11・突発性発疹病 12・手足口病 13・りんご病 14・流行性耳科腺炎 15・麻疹 16・水疱瘡 17・百日咳 18・風疹 19・溶連菌感染症 20・膿痂疹	21・ヘルパンギーナ 22・インフルエンザA 23・インフルエンザB 24・骨折 25・火傷 26その他 ( )	
	病名不明のとき	発熱 下痢 嘔吐 咳痰 喘鳴 発疹 その他 ( )			
	隔離	1・必要 2・不要			
	安静度 (該当するものに○)	1・別室保育 (他児への感染を防ぐため隔離して保育) 2・ベッド上安静 (主にベッドの上で安静。寝かせておくこと) 3・室内保育 (室内で普通に遊んでよい)			
	発症年月日	年 月 日			
	受診年月日	年 月 日			
	治療 処置内容	・PCR検査、抗原検査 (有・無)			
	投薬処方	□無し □持病の薬 ( ) □お薬手帳に準ずる □処方以外の頓用薬 ( )			
	保育上の 留意事項	特に注意すべき事柄や指示がありましたら記入願います。(食事・特異体質・投薬など)			