

病 児・病 後 児 保 育 連 絡 票（診療情報提供書）

菊 池 市 長 様（実施施設経由）

医療機関 住 所

名 称

医師名

電話番号（ - - ）

FAX番号（ - - ）

保 護 者 記 入 欄	ふりがな 児 童 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
	住 所		
	保護者氏名	電話番号	

主 治 医 記 入 欄	受 診 日	年 月 日		
	病 名 (該当に)	0 1	百日咳	1 1 伝染性紅斑(りんご病)
		0 2	麻疹	1 2 伝染性膿痂疹(とびひ)
		0 3	風疹	1 3 流行性角結膜炎(はやり目)
		0 4	水痘	1 4 R S ウィルス感染症
		0 5	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	1 5 溶連菌感染症
		0 6	突発性発疹	1 5 インフルエンザ(型)
		0 7	手足口病	1 6 肺炎・気管支炎
		0 8	アデノウィルス感染症	1 7 気管支喘息
		0 9	ヘルパンギーナ	1 8 上気道炎(風邪)
1 0		咽頭結膜熱(プール熱)	1 9 感染性胃腸炎	
		2 0 嘔吐下痢症		
	その他()			
伝染の危険性	なし	あり()		
投薬上の注意	なし	あり (食前 食後 指定時間 時間毎)		
安 静 度 (該当に)	1 ベッド上での安静を要す 2 隔離室での隔離を要す 3 室内安静(室内での静かな遊びは可) 4 室内保育(室内で普通どおり遊んで良い) 5 その他()			
食 事(昼食)	1 . ミルク 2 . 牛乳のみ 3 . 離乳食(前期・中期・後期) 4 . 幼児食 5 . 下痢食 幼児食以外は持参			
その他 連絡事項				

* 上記は診療情報提供書()注2(保険点数250点)が適用されます。月1回は健康保険適用となります。同月内の2回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。