

武蔵村山市病児保育室診療情報提供書

武蔵村山市長 殿

医療機関 名 称

所在地

電話番号

医師名

印

病児保育事業の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

<保護者記入欄>

児 童 名	生年月日	年 月 日生 (歳)
-------	------	-------------

<医療機関記入欄>

病 名 (○印)	01 急性上気道炎	09 水 痘	主な症状	
	02 気管支炎・肺炎	10 溶連菌感染症	01 発 熱	
	03 ぜん息発作又は ぜん息様気管支炎	11 手 足 口 病	02 下 痢 (経口摂取 できる・できない)	
	04 感染性胃腸炎	12 ヘルパンギーナ	03 おう吐 (経口摂取 できる・できない)	
	05 急性胃腸炎	13 中 耳 炎	04 せ き	
	06 インフルエンザ	14 結 膜 炎	05 ぜん鳴	
	07 流行性耳下腺炎	15 そ の 他	06 発しん	
	08 咽頭結膜熱	()	07 その他	
			()	
隔 離 (○印)	要		不要	
安静度 (○印)	1 室内保育(他児と遊んでよい) 2 室内安静(ベッドの生活が主、静かな遊び可) 3 ベッド上			
病 状 の 経 過 治 療 状 況 等				
既 往 歴 家 族 歴	アレルギーの有無 (○印)		有 ・ 無	※アレルギーの内容
処 方 内 容	※別紙説明書のとおり (説明書が無い場合は記載してください。)			
その他注意事項				

注 市が正本を保管し、病児保育室は写しを保管する。