

新潟市病児デイサービス事業 医師連絡票

病児デイサービスセンター施設長 様

病児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供いたします。

患者氏名		性別	○ 男 ○ 女
患者生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳)		
患者住所			
電話番号	— —	保護者名	
病名・症状(番号に○)			
<input type="checkbox"/> 01 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 02 インフルエンザ <input type="checkbox"/> 03 気管支炎 <input type="checkbox"/> 04 肺炎 <input type="checkbox"/> 05 喘息 <input type="checkbox"/> 06 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 07 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 08 クループ <input type="checkbox"/> 09 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 10 細菌性腸炎		<input type="checkbox"/> 11 ロタウィルス胃腸炎 <input type="checkbox"/> 12 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 13 結膜炎(流角結を含む) <input type="checkbox"/> 14 とびひ <input type="checkbox"/> 15 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 16 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 17 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 18 ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 19 手足口病 <input type="checkbox"/> 20 ムンプス	
<病名不明の時>			
		<input type="checkbox"/> 01 嘔吐 <input type="checkbox"/> 04 喘鳴 <input type="checkbox"/> 02 下痢 <input type="checkbox"/> 05 咳嗽 <input type="checkbox"/> 03 発熱 <input type="checkbox"/> 06 湿疹 <input type="checkbox"/> 21 水痘 <input type="checkbox"/> 30 その他 <input type="checkbox"/> 22 急性上気道炎	
病状(○印)	○ 01 急性期(発熱等) ○ 02 回復期(解熱・微熱等)		
既往歴, 治療経過 及び症状経過			
現在の投薬処方			
食事(持参) (○印)	<input type="checkbox"/> 01 ミルク・牛乳のみ <input type="checkbox"/> 04 下痢食 <input type="checkbox"/> 02 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 05 アレルギー食 <input type="checkbox"/> 03 幼児食 (除去内容)		
その他指示			

平成 年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
FAX
医師名

— —
— —