診療情報提供書（病児保育室入室用）

　　年　　月　　日

愛　南　町　長　様

病児保育室テレサルーム施設長　様

医療機関名

所在地

電話番号

F A X 番号

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

愛南町病児保育事業の利用にあたり、次の通り診療情報を提供いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　齢 |  |
| 患者住所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　　　名 | 感冒急性上気道炎・急性咽頭炎溶連菌感染症急性気管支炎扁桃炎アデノウイルス感染症肺炎マイコプラズマ感染症・マイコプラズマ肺炎気管支喘息咽頭気管気管支炎（仮性クループ）RSウイルス感染症ヒトメタニューモウイルス感染症 | インフルエンザインフルエンザA型インフルエンザB型感染性腸炎ロタウイルス感染症ノロウイルス感染症細菌性腸炎急性中耳炎流行性角結膜炎伝染性膿痂疹突発性発疹 | 水痘単純疱疹帯状疱疹流行性耳下腺炎咽頭結膜熱ヘルパンギーナ手足口病ヘルペス歯肉口内炎その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 病　　　状 | * 急性期（発熱等）　　□ 回復期（解熱・微熱等）
 |
| 隔離の必要 | □ 一般（他児と同室でよい）　□ 隔離室 |
| 処方内容 | □ 処方箋参照　　 |
| 翌日の保育 | □ 登園不可　　□ 症状によって可 |