

診療情報提供書(病児保育室入室用)

年 月 日

愛南町長様
病児保育室テレサールーム施設長様

医療機関名
所在地
電話番号
FAX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	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等)		
隔離の必要	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室でよい) <input type="checkbox"/> 隔離室		
処方内容	<input type="checkbox"/> 処方箋参照		
翌日の保育	<input type="checkbox"/> 登園不可 <input type="checkbox"/> 症状によって可		