

病児保育室入室診療情報提供書

スマイスセレソンスポーツ保育園

理事長 後藤伸太郎 殿

平成 年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

FAX

医師名

印

病児(急性期・体調不良児)にある児童が保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供致します。

児童氏名		性別	男・女	電話番号	— —
生年月日	平成 年 月 日	カルテNo.		メールアドレス	有・無
住所				入室時間	
連絡の取れる電話番号	— —		保育園での流行	なし・あり ( )	

病状・症状 (☒を付ける)	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎	<input type="checkbox"/> ノロウイルス性胃腸炎	〈病名不明の時〉 <input type="checkbox"/> 腹痛症 <input type="checkbox"/> 嘔吐症 <input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹  <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> インフルエンザA・B	<input type="checkbox"/> ロタウイルス性胃腸炎	
	<input type="checkbox"/> 急性副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含む)	
	<input type="checkbox"/> 急性気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 水痘	
	<input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
	<input type="checkbox"/> 扁桃炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎	
	<input type="checkbox"/> クループ性気管支炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ヘルペスウイルス感染症	
	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス	<input type="checkbox"/> 手足口病	
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス	
<input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎		
安静度(☒を付ける)	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室でよい) <input type="checkbox"/> ゆるやかな隔離 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離		
	<input type="checkbox"/> 安静(ベッド上、布団上) <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド、布団上が主。静かな遊びは可)		
	<input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
食事(☒を付ける)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥・軟菜		
	<input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容: ) <input type="checkbox"/> 水分指示( )		
	<input type="checkbox"/> その他の指示( )		
現在の投薬内容・指示	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照		
	<input type="checkbox"/> その他の処方		
	<input type="checkbox"/> コメント		
医師所見			

\* 発行日を含めて4日間有効です。但し症状が変われば追加・変更の記載をいたします。