病後児保育室利用連絡書（診断情報提供書）

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生（満　　歳）		
患者住所	札幌市　　区		
電話番号		保護者指名	

上記児童の病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡いたします。

傷病名・症状 （番号に〇）	01　急性上気道炎	10　麻疹
	02　気管支炎・肺炎	11　水痘
	03　喘息・喘息性気管支炎	12　風疹
	04　急性胃腸炎	13　インフルエンザ
	05　周期性嘔吐症（自家中毒症）	14　溶連菌感染症
	06　突発性発疹	15　中耳炎
	07　手足口病	16　結膜炎（流角結を含む）
	08　伝染性紅斑（りんご病）	17　伝染性膿痂疹（とびひ）
	09　流行性耳下腺炎	18　その他（　　）
	＜病名不明のとき＞	
	19　発熱　20　下痢　21　嘔吐　22　咳嗽	
	23　喘鳴　24　発疹　25　その他（　　）	
診療形態	1　外来　2　往診　3　入院（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）	
既往歴、症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		

病後児保育室利用上の留意事項

保育上の留意点	**※他の児童との隔離の要否（隔離を要する・隔離を要しない）**
食事（昼食） （該当事項に〇）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・下痢食 アレルギー食 **※保育室では幼児食・ミルク・牛乳の対応となりますので、その他はご持参ください。**
その他指示	

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名　　㊞