

診療情報提供書

(札幌市病後児デイサービス事業・札幌市子ども緊急サポートネットワーク用)

【保護者記入欄】

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
患者住所			
電話番号		保護者氏名	

【医療機関記入表】

受診年月日	年 月 日																												
傷病名・症状	<table border="0"> <tr> <td>01 急性上気道炎</td> <td>10 麻疹</td> </tr> <tr> <td>02 気管支炎・肺炎</td> <td>11 水痘</td> </tr> <tr> <td>03 喘息・喘息性気管支炎</td> <td>12 風疹</td> </tr> <tr> <td>04 急性胃腸炎</td> <td>13 インフルエンザ</td> </tr> <tr> <td>05 周期性嘔吐症 (自家中毒症)</td> <td>14 溶連菌感染症</td> </tr> <tr> <td>06 突発性発疹</td> <td>15 中耳炎</td> </tr> <tr> <td>07 手足口病</td> <td>16 結膜炎 (流角結を含む)</td> </tr> <tr> <td>08 伝染性紅斑 (りんご病)</td> <td>17 伝染性濃痂疹 (とびひ)</td> </tr> <tr> <td>09 流行性耳下腺炎</td> <td>18 その他 ()</td> </tr> </table> <p><病名不明のとき></p> <table border="0"> <tr> <td>19 発熱</td> <td>20 下痢</td> <td>21 嘔吐</td> <td>22 咳嗽</td> <td>23 喘鳴</td> </tr> <tr> <td>24 発疹</td> <td>25 その他 ()</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	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 伝染性濃痂疹 (とびひ)	09 流行性耳下腺炎	18 その他 ()	19 発熱	20 下痢	21 嘔吐	22 咳嗽	23 喘鳴	24 発疹	25 その他 ()			
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 伝染性濃痂疹 (とびひ)																												
09 流行性耳下腺炎	18 その他 ()																												
19 発熱	20 下痢	21 嘔吐	22 咳嗽	23 喘鳴																									
24 発疹	25 その他 ()																												
既往歴、症状経過 及び検査結果																													
治療経過																													
現在の処方																													
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) (該当項目に○)	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 (除去内容)																												
その他																													

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印