

札幌市子ども緊急サポートネットワーク用 診療情報提供書

(あて先) 札幌市長

【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		
該当する病名等	【病名】			【原因菌・ウイルス】	
	101	急性上気道炎	201	溶連菌	
	102	気管支炎・肺炎	202	マイコプラズマ	
	103	喘息・喘息性気管支炎	203	ノロウイルス	
	104	急性胃腸炎	204	ロタウイルス	
	105	咽頭結膜炎（プール熱）	205	RSウイルス	
	106	手足口病／ヘルパンギーナ	206	ヒトメタニューモウイルス	
	107	带状疱疹しん	207	インフルエンザウイルス [A・B]	
	108	伝染性紅斑（りんご病）	208	風しんウイルス	
	109	流行性耳下腺炎（おたふく）	209	水痘ウイルス	
	110	流行性角結膜炎	299	その他（ ）	
	199	その他（ ）			
安静度	【病名未確定】				
	301	発熱	302	下痢	303 嘔吐 304 咳嗽 305 発疹
	399	その他（ ）			
検査結果 (検査を行った 場合)	1	新型コロナウイルス	結果〔+／-〕		
	2	インフルエンザウイルス	結果〔+／-〕		
	3	その他（ ）	結果〔+／-〕		
薬剤の処方	1	なし			
	2	あり	→ ・お薬手帳／処方せん 参照 ・その他（ ）		
その他配慮を 要する事項					

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

(注) 札幌市病児・病後児保育事業を利用したい場合は、この様式は使用できません。
専用の様式を使用してください。