診療情報提供書

（あて先）札幌市こ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	01　急性上気道炎 02　気管支炎・肺炎 03　喘息・喘息性気管支炎 04　急性胃腸炎 05　周期性嘔吐症（自家中毒症） 06　突発性発疹 07　手足口病 08　伝染性紅斑（りんご病） 09　流行性耳下腺炎	10　麻疹 11　水痘 12　風疹 13　インフルエンザ 14　溶連菌感染症 15　中耳炎 16　結膜炎（流角結を含む） 17　伝染性濃痂疹（とびひ） 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（　　）	
既往歴、症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		
安静度	1　室内で寝かせておくこと　　2　室内で安静にすること 3　他児童との隔離が必要	
薬剤の処方	1　あり 2　あり（薬剤名：　　） （与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時間毎）	
配慮を要する事項		
その他		

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、専用の様式を利用してください。