

別記様式第3号（第10条関係）

診療情報提供書（利用連絡票）

（保護者記入欄）

ふりがな		性 別	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
児童氏名					
住 所				電話番号	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで				

（主治医記入欄）

該当する病名・症状に○をお願いします。	1 感冒・感冒性症候群	11 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	2 咽頭炎	12 手足口病	
	3 扁桃腺炎	13 りんご病（伝染性紅斑）	21 発熱
	4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 下痢
	5 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹	23 嘔吐
	6 消化不良症	16 水痘	24 咳痰
	7 感冒性嘔吐症	17 百日咳	25 喘鳴
	8 自家中毒症	18 風疹	26 発疹
	9 中耳炎・外耳炎	19 インフルエンザ	
	10 結膜炎（流角結を含む）	20 その他（ ）	
安静度 (○印)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静 3. 室内保育 4. 隔離を要する		
食事 (○印)	1. ミルク 2. 離乳食（初期・中期・後期） 3. 下痢食 4. 普通食 5. アレルギー食（除去内容 ） 6. その他（ ）		
治療 (処方内容) (○印)	1. 飲み薬（水薬・散剤・錠剤・カプセル） 用法1日 回 日分 毎食（前・後・直後・寝る前） 時間おき、朝・昼・夕・寝る前 2. 塗り薬 3. 貼り薬 ※薬物アレルギーの有無（有・無）		
症状経過及び医師の指示事項			
病児（病後児）保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 (印)			