

年 月 日

病児・病後児保育利用連絡書

桜花クリニック院長 殿

(医療機関) 所在地  
 名称  
 電話  
 医師名

印

下記の患者について、現時点での入院の必要性は認められません。

病児・病後児保育室の利用に同意し、児童の病後の症状について連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
患者住所				
連絡先	( )	保護者名		
病名・ 症状 (○をつける)	1. 感冒・感冒様症候群	8. 自家中毒病	15. 流行性耳下腺炎	
	2. 咽頭炎	9. 中耳炎	16. 麻しん	
	3. 扁桃腺炎	10. 結膜炎(流角結を含む)	17. 水痘	
	4. 気管支炎	11. 膿痂疹	18. 百日咳	
	5. 喘息・喘息性気管支炎	12. 突発性発疹症	19. 風しん	
	6. 消化不良症	13. 手足口病	20. インフルエンザ	
	7. 感冒性嘔吐症	14. 伝染性紅斑(りんご病)	21. その他( )	
	(病名不明)	22. 発熱	23. 下痢	24. 嘔吐 25. 咳嗽 26. 喘鳴 27. 発疹
診療形態	1. 外来		2. 往診	
疾病状況	1. 病後児保育室の利用可 (回復期)		2. 病児保育の利用可 (回復期に至らない)	
既往症、治療経過及び症状経過				
投薬処方				
保育上の留意点	1. ベッドで安静 2. 安静室で隔離 3. 室内安静 (ベッド生活が主、他児との静かな遊び可) 4. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)			
その他の注意事項				

※ この文書は、保険診療 (診療情報提供料 I) の取り扱いをお願いします。

