

病児・病後児保育連絡票(診療情報提供書)

菊池市長様(実施施設経由)

医療機関 住所

名称

医師名

電話番号(- -)

FAX番号(- -)

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
	住所		
	保護者氏名	電話番号	

主治医記入欄	受診日	年 月 日	
	病名 (該当に)	01 百日咳 02 麻しん 03 風しん 04 水痘 05 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 06 突発性発疹 07 手足口病 08 アデノウイルス感染症 09 ヘルパンギーナ 10 咽頭結膜熱(プール熱)	11 伝染性紅斑(りんご病) 12 伝染性膿痂疹(とびひ) 13 流行性角結膜炎(はやり目) 14 R Sウイルス感染症 15 溶連菌感染症 15 インフルエンザ(型) 16 肺炎・気管支炎 17 気管支喘息 18 上気道炎(風邪) 19 感染性胃腸炎 20 嘔吐下痢症
	コロナ検査	必要なし	陰性
	伝染の危険性	なし	あり()
	投薬上の注意	なし	あり (食前 食後 指定時間 時間毎)
	安静度 (該当に)	1 ベッド上での安静を要す 2 隔離室での隔離を要す 3 室内安静(室内での静かな遊びは可) 4 室内保育(室内で普通どおり遊んで良い) 5 その他()	
	食事(昼食)	1. ミルク 2. 牛乳のみ 3. 離乳食(前期・中期・後期) 4. 幼児食 5. 下痢食 幼児食以外は持参	
	その他 連絡事項		

* 上記は診療情報提供書()注2(保険点数250点)が適用されます。月1回は健康保険適用となります。同月内の2回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。