病児病後児保育室入室　診療情報提供書

（あて先）　彩りの杜　園長

年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

病気（急性期・回復期）にある児童が彩の杜の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

児童氏名		年齢	歳（　　ヶ月）	性別	男　・　女
生年月日	20　　年　　月　　日	電話番号	ー　　ー		

病名・症状 （〇で囲んでください。）	1. 急性上気道炎 2. インフルエンザA 3. インフルエンザB 4. 急性気管支炎 5. 肺炎 6. マイコプラズマ肺炎 7. 気管支喘息 8. 喘息性気管支炎 9. 扁桃炎 10. クループ性気管支炎 11. RSウイルス感染症 12. 感染性胃腸炎 13. 細菌性腸炎 14. ロタウイルス性胃腸炎	15. ノロウイルス性胃腸炎 16. 中耳炎・外耳炎 17. 結膜炎 18. 伝染性膿痂疹 19. 溶連菌感染症 20. 突発性発疹症 21. 水ぼうそう 22. おたふくかぜ 23. 咽頭結膜熱 24. ヘルパンギーナ 25. ヘルペスウイルス感染症 26. 手足口病 27. アデノウイルス感染症	＜病名が不明のとき＞ 28. 腹痛症 29. 嘔吐症 30. 下痢症 31. 発熱 32. 喘鳴 33. 咳 34. 発疹 35. その他 （　　）
隔離	☐ 必要　　☐ 同病名であれば必要なし　　☐ 必要なし		
投薬	☐ あり（　薬剤情報参照　・　その他（　　））　☐ なし		
医師所見 （その他の指示）			