

診療情報提供書(利用連絡書)

(宛先) 滑川市長

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり連絡いたします。

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 月)
住所				
電話番号				

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	14 膿痂疹	(病名不明のとき) 26 発熱 27 下痢 28 嘔吐 29 咳嗽 30 喘鳴 31 発疹
	02 咽頭炎	15 突発性発疹症	
	03 扁桃腺炎	16 手足口病	
	04 気管支炎	17 伝染性紅斑(りんご病)	
	05 喘息	18 流行性耳下腺炎	
	06 喘息性気管支炎	19 麻疹	
	07 消化不良症	20 水痘	
	08 感冒性嘔吐症	21 百日咳	
	09 感染性胃腸炎	22 風疹	
	10 中耳炎・外耳炎	23 インフルエンザ	
	11 結膜炎	24 溶連菌感染症	
	12 流行性角結膜炎	25 その他	
	13 咽頭結膜熱(プール熱)	()	
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院(令和 年 月 日)		
発症年月日	令和 年 月 日	初診年月日	令和 年 月 日
初発／再発	1 初発 2 再発(令和 年 月 日初発)		
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項(安静・食事・薬・特異体質等)			

令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関名
所在地
電話番号
医師名