

診療情報提供書

江南市長

医療機関 所在地 _____
 名称 _____
 担当医師 氏名 _____
 電話 _____

病児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

児 童 氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	性 別	男 ・ 女
発 症 年 月 日	令和 年 月 日	
診 療 年 月 日	令和 年 月 日	
傷 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 扁桃炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 気管支喘息・ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱傷 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 () <input type="checkbox"/> インフルエンザ (B型) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期	
主 な 症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 (診察時体温 °C) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
実施した検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> RS ウイルス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()	

診 察 結 果	<input type="checkbox"/> 当面の症状の急変が認められず、入院の必要もないため、病児保育事業の利用が可能である
---------	--

病 児 保 育 を 要 する 期 間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日
--------------------	------------------

