

診療情報提供書

ChipSまちなかAid店 あて

平成 年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

F A X

医師名

印

ChipSまちなかAid店の病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。
(保護者記入欄)

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	日生	(満 歳)
住所			
保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

病名	1 急性上気道炎	2 気管支炎・肺炎	3 喘息・喘息様気管支炎
	4 嘔吐下痢症	5 感染性胃腸炎	6 周期性嘔吐症(自家中毒)
	7 突発性発疹症	8 手足口病	9 伝染性紅斑(りんご症)
	10 流行性耳下腺炎	11 麻疹	12 水痘
	13 風疹	14 溶連菌感染症	15 中耳炎・外耳炎
	16 結膜炎(流角結を含む)	17 伝染性膿痂(とびひ)	18 その他(下記に記入)
	()		
主な症状	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()		
現在の状態	1 治療中 2 回復期		
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		
症状の経過 治療状況等			
既往歴・家族歴			
安静度	1 室内保育 2 室内安静 3 隔離を要する 4 その他 ()		
食事に関する特別な指示	なし ・ あり ()		
現在の投薬処方	投薬品名 用法 用量： 与薬方法：食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間 (時間毎) 解熱剤使用：なし ・ あり (日 時)		
アレルギー	なし ・ あり ()		
その他指示			

病後児保育利用見込み期間	月 日より、 日程度(原則最大7日間まで)
--------------	-----------------------