

診療情報提供書

指定管理者
様
(浜田市長)

医療機関 所在地
名称
医師名

(署名又は記名押印)

電話番号

患者（児童等）氏名	:	性別	:	男・女
住所	:	電話番号	:	
生年月日	:	年	月	日 () 歳

【傷病名および主な症状】

<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 消化不良症 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結含む）	<input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病名不明	主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <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 () 体温 () °C
---	---	--

【紹介目的】

当該児童等が浜田市病児・病後児保育室を利用することについては差し支えないと判断します。また、病児・病後児保育につき当該児童等の状況を報告します。

【既往歴及び家族歴】

【保育の留意点、病状経過など】

保育の留意点

- 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
- 室内安静（他児との静かな遊びは可能）
- 他児との隔離を要する
- その他 ()

病状経過

【現在の処方】

- | | | | | | |
|----------|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 薬品名① () | 投与方法 | <input type="checkbox"/> 食前 | <input type="checkbox"/> 食後 | <input type="checkbox"/> 食間 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| ② () | 投与方法 | <input type="checkbox"/> 食前 | <input type="checkbox"/> 食後 | <input type="checkbox"/> 食間 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| ③ () | 投与方法 | <input type="checkbox"/> 食前 | <input type="checkbox"/> 食後 | <input type="checkbox"/> 食間 | <input type="checkbox"/> その他 () |

【その他の連絡事項】