医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先）あいあいケア

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり情報提供します。

年　　月　　日

医療機関
住　　所
T　E　L
担当医氏名　　㊞

保護者記入欄

児　童　氏　名		性　別	男　・　女
生　年　月　日	年　　月　　日　（満　　歳）		
児　童　住　所			
保　護　者　氏　名		電話番号	
病児・病後児保育事業利用希望開始日	年　　月　　日から		

医療機関記入欄

病名・症状名 （該当する病名・症状に○印をおつけください。）	1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 麻疹	
	2 咽頭炎	10 結膜炎（流行性を含む）	18 インフルエンザ	
	3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 水痘	
	4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹（とびひ）	20 百日咳	
	5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹	21 風疹	
	6 消化不良症	14 手足口病	22 咽頭結膜熱（プール熱）	
	7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑（りんご病）	23 その他	
	8 自家中毒症	16 流行性耳下腺炎	（　　）	
	【病名不明の時】			
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴	30 その他
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹	（　　）
診療形態	1 外来　2 往診　3 入院（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）			
治療経過及び症状経過				
食事（昼食） （○印で記入）	・ミルク　・牛乳のみ　・離乳食　・幼児食　・下痢食 ・アレルギー食（除去内容　　）			
安静度 （○印で記入）	1　ベッド上安静　2　室内安静　3室内保育			
処方内容 その他 注意事項				
	利用必要期間　　月　　日 ～　　月　　日		次回診療予定日　　月　　日	