

## 県西総合病院病児保育事業利用連絡書(診療情報提供書)

(施設) 様

(医療機関) 所在地

名称

電話

F A X

担当医師名

㊞

下記の患者について、県西総合病院病児保育事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日生( 歳)
患者住所				
連絡先	( )		保護者名	
病名・症状 (○をつける)	1 感冒・感冒様症候群	8 自家中毒病	15 流行性耳下腺炎	
	2 咽頭炎	9 中耳炎・外耳炎	16 麻疹	
	3 扁桃腺炎	10 結膜炎(流角結を含む)	17 水痘	
	4 気管支炎・肺炎	11 膿痂疹	18 百日咳	
	5 喘息・喘息性気管支炎	12 突発性発疹症	19 プール熱	
	6 溶連菌感染症	13 手足口病	20 インフルエンザ(A・B)	
	7 感染性胃腸炎	14 伝染性紅班(りんご病)	21 その他(	
	(病名不明) 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹			
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
疾病状況	1 治癒見込期間 ( 月 日 ~ 月 日) 2 病気回復期			
既往歴、治療経過及び症状経過				
投薬処方				
食事(昼食)	ミルク・牛乳・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・小児食			