

様式第2号(第7条関係)

下野市乳幼児健康支援一時預り事業診療情報提供書

(保護者記入欄)

乳幼児氏名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	TEL - -
乳幼児健康支援一時預り利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		

(主治医記入欄)

病 名	01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	02 咽頭炎	12 手足口病	20 発熱
	03 扁桃腺炎	13 伝染性紅班(りんご病)	21 下痢
	04 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	22 嘔吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹	23 咳痰
	06 消化不良症	16 百日咳	24 喘鳴
	07 感冒性嘔吐症	17 風疹	25 発疹
	08 自家中毒症	18 水痘	
	09 中耳炎・外耳炎	19 その他	
	10 結膜炎(流角結を含む)	( )	
隔離の要否	要 ・ 不要		
安静度(○印)	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主・他児との静かな遊び可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食 事(○印)	① ミルク                      ③ 離乳食(初期・中期・後期) ② 普通食                      ④ 下痢食(軽症・中等度) 指示事項 《除去食》卵・牛乳・大豆・その他( ) ※アレルギー制限が必要な児童は上記の記載もお願いします。		
症状経過及び医師の指示事項			
与薬について	病後児保育での与薬(有・無) 処方		
乳幼児健康支援一時預り事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話 番号			
医 師 名			
印			