

令和 年 月 日

かかりつけ医師連絡票（診療情報提供書）

社会福祉法人ガジュマル ひよ子こども園カゼマチ園長 宛

医療機関 住所
名称
担当医師氏名

病児・病後児保育施設の利用にあたり、下記のとおり診療情報を提供します。

【保護者記入欄】

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	日生	年 月 (カ月) 歳
保護者氏名			住所		
			電話番号		

【医療機関記入欄】

病名					
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> その他（				
発症日	年 月 日	初診日	年 月 日		
病状	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱期） <input type="checkbox"/> 回復期（解熱・微熱等）				
安静度	<input type="checkbox"/> 隔離を要する <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）				
処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照				
その他 留意事項					

※病状に変化があった場合には再度連絡票の提出が必要となります。

※病状に変化がない場合の連絡票の有効期間は7日間です。