様式第２号（第 10 条関係）

診療情報提供書

甘楽町長　様

年　　月　　日

（医療機関）所 在 地
病院・診療所名
電話番号
医 師 名

甘楽町病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

（保護者記入欄）

児童氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日（　　歳　　月）		
住　所			
保護者氏名		電話番号	

（医療機関記入欄）

傷病名	1　感冒 2　気管支炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　急性上気道炎 5　咽頭炎 6　扁桃腺炎 7　ＲＳウイルス 8　感染性胃腸炎 （ロタ・アデノウイルス）	9　周期性嘔吐症 （自家中毒） 10　消化不良症 11　手足口病 12　流行性角結膜炎 13　伝染性紅班 （りんご病） 14　インフルエンザ （Ａ・Ｂ） 15　突発性発疹	16　水痘 17　溶連菌感染症 18　中耳炎 19　流行性耳下線炎 20　咽頭結膜熱 （プール熱） 21　百日咳 22　病名不明 23　その他 （　　）
症　状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他（　　）		
今 回 の 診療形態	発症年月日　　年　　月　　日 初診年月日　　年　　月　　日		
投薬処方	与薬方法：食前　・　食間　・　食後　・　指定時間（　　時間毎） 投薬品名： 解熱剤使用：なし　・　あり （指示事項）		
安静度	1　室内安静　　2　隔離室で隔離（他児との接触不可）		
食　事	普通食・下痢食・アレルギー食・その他（　　）		
利用区分	1　病児保育が適当（当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない児童） 2　病後児保育が適当（病気の回復期であり、集団保育が困難である児童）		
医師所見			