

診療情報提供書（利用連絡書）

高岡市長 あて

病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳 月)	男・女
住 所				
電 話 番 号				

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病名不明のとき) 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹
	02 咽頭炎	12 突発性発疹	
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
	06 消化不良症	16 麻疹	
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘	
	08 自家中毒症	18 百日咳	
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
	10 結膜炎(流角結を含む。)	20 その他	
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (年 月 日)		
発症年月日	年 月 日		
発診年月日	年 月 日		
初発/再発	1 初発 2 再発 (平成 年 月 日初発)		
病状・既往歴・治療状況・退院等の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)			

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

