

病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名		性別	生年月日
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 女	歳 か月
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎（咽頭炎、扁桃炎含む） <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 <input type="checkbox"/> RS ウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利用区分	病後児（回復期）		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
指示事項 ※配慮を要する事項等を記入ください。			
投薬	投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する。 <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する。	
診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 電話番号 診断医師名 </div>			