

病後児デイサービス事業利用連絡書（診療情報提供書）

（あて先）札幌市長

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	平成 年 月 日生（満 歳）		
患者住所	札幌市 区		
電話番号		保護者氏名	

上記児童の病後児デイサービス事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

傷病名・症状 (番号に○)	01 急性上気道炎	10 麻疹
	02 気管支炎・肺炎	11 水痘
	03 喘息・喘息性気管支炎	12 風疹
	04 急性胃腸炎	13 インフルエンザ
	05 周期性嘔吐症（自家中毒症）	14 溶連菌感染症
	06 突発性発疹	15 中耳炎
	07 手足口病	16 結膜炎（流角結を含む）
	08 伝染性紅斑（りんご病）	17 伝染性膿痂疹（とびひ）
	09 流行性耳下腺炎	18 その他（ ）
	<病名不明のとき>	
	19 発熱	20 下痢
	21 嘔吐	22 咳嗽
	23 喘鳴	24 発疹
	25 その他（ ）	
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院（平成 年 月 日～平成 年 月 日）	
既往歴、症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		

病後児デイサービス利用上の留意事項

保育上の留意点	※他の児童との隔離の要否（隔離を要する・隔離を要しない）
食事（昼食） （該当項目に○）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・下痢食 アレルギー食（除去内容）
その他指示	

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名