

いずみファミリー・サポート・センター  
訪問型病児・病後児保育医師連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

和泉市長 あて

医療機関 所在地  
名 称  
医師名  
電 話

印

いずみファミリー・サポート・センター訪問型病児・病後児保育の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

子どもの氏名	性別	男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
病名・症状	1 感冒・感冒性症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 気管支喘息・喘息性気管支炎 6 消化不良（多症候性下痢） 7 感染性胃腸炎 8 中耳炎・外耳炎 9 流行性角結膜炎 10 溶連菌感染症		11 伝染性膿痂疹（とびひ） 12 突発性発疹 13 手足口病 14 伝染性紅斑（りんご病） 15 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 16 インフルエンザ 17 水痘（みずぼうそう） 18 風疹 19 咽頭結膜熱（プール熱） 20 その他（ ）	
安静度	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主で静かな遊びは可） 3 その他（ ）			
食事	1 ミルク、2 離乳食、3 普通食、4 その他（ ） 指示事項 アレルギーによる食事制限の有無 有 ・ 無 （除去内容 ）			
症状経過及び 医師の指示事項				
投薬について	投薬 有 ・ 無 処方 1 2 3 投薬時間（ ） 投薬方法（ ）			

該当項目等に○印をつけてください。