

医師連絡票(診療情報提供書)

医療機関記入日 年 月 日

病児病後児保育室担当医 殿
独立行政法人国立病院機構埼玉病院長 殿

記入医療機関 所在地
名称
電話番号
担当医氏名

印

診断の結果、病児・病後児保育室【やわら】の利用が可能と判断します。

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名		性別	男・女
	児童生年月日	平成・令和 年 月 日生(歳 か月)		
	児童住所			
	保護者氏名		電話番号	

医療機関記入欄 (該当事項に○)	病気の状況について	疾病名		
		症状		
		病状	①急性期	②回復期
	感染症検査 (実施した検査に○をお願いします)	①インフルエンザ(A型・B型・ー) ②新型コロナ 抗原(+・-) PCR (+・-) ③溶連菌(+・-) ④アデノウイルス(+・-) ⑤その他(+・-)		
	安静度	①床上安静 ②室内で安静(床上生活が主、他児との静かな遊びは可) ③室内保育(他児と室内で普通に遊んで良い)	隔離の必要性	①必要 ②不要
	食事(昼食)	ミルク 離乳食(前期 中期 後期) 幼児(学童)食 下痢食 絶食 アレルギー食(除去内容等) その他希望()		
	処方内容	薬品名『 』 水薬・粉薬・顆粒・外用薬・点眼薬・その他() 1回量_____食前・食間・食後_____時間毎 その他()		
		薬品名『 』 水薬・粉薬・顆粒・外用薬・点眼薬・その他() 1回量_____食前・食間・食後_____時間毎 その他()		
		薬品名『 』 水薬・粉薬・顆粒・外用薬・点眼薬・その他() 1回量_____食前・食間・食後_____時間毎 その他()		
	その他 注意事項 連絡事項			
	次回受診予定日またはこの診断書が有効な期日 有効期限最長5日間(症状に変化がある場合は、受診をお願いします)。	年 月 日		
	受診時体温			

保護者記入欄	就寝前体温	
	起床時体温	

- (注) 1. 医師連絡票(診療情報提供書)は、**利用日の前日又は当日**に医療機関を受診し記入されたもののみ有効とします。
2. 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入をお願いします。
3. 処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬剤情報提供書を添付し利用申請してください。