

診療情報提供書

さかいこどもクリニック

病児・病後児保育室ひまわり 施設長 様

年 月 日

医療機関

所在地

電話&FAX

医師名

㊞

本児童は、病児・病後児保育を利用することに差し支えありません。

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
傷病名			
既往歴			
症状	該当項目に○を付けてください。 1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. 鼻汁 8. その他 ()		
診療形態	初診年月日 年 月 日		
	外来 往診 入院 (年 月 日)		
	発症年月日 年 月 日		
検査結果	・COVID19 抗原 (+・-) / PCR (+・-) ・アデノウィルス感染症 (+・-) ・インフルエンザ (A/ B +・-) ・RSウイルス感染症 (+・-) ・溶連菌感染症 (+・-)		
隔離の必要性	無 ・ 有		
現在の投薬状況			
食事制限の留意事項 (アレルギー、水分のみなど)			
その他保育上の留意点			