

(あて先) たちばなこどもランド

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 診断医師署名

| | | | |
|-----------------|--|---|--|
| 児童の氏名 | 男・女 年 月 日生 | | |
| 保護者氏名 | 父： () 歳 職業 () | 母： () 歳 職業 () | |
| 住 所 | 電話番号： (自宅・実家・その他) | | |
| 退院先の住所 | | | |
| 緊急連絡先 | 勤務先： | 電話番号： | |
| 疾 病 名 | <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 消化不良 | <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染症紅斑 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 () 病名不明の場合 <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 () |
| 症 状 | <input type="checkbox"/> 急性期 (発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期 (解熱・微熱等) 入院の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 既 往 歴 | | | |
| 安 静 度 | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内安静 (他児と室内で普通に遊んで良い) | | |
| 食事に関する 特別な指示 | 留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：) | | |
| 処 方 内 容 | 与薬時間： 食前 食間 食後 その他 () 薬品名・用量・用法 | | |
| その他注意事項 | | | |

※診療情報提供書料が発生します。