

岸和田市病児保育事業利用意見書兼診療情報提供書

年 月 日

岸和田市長 様

医療機関 所在地

名称

医師名

岸和田市病児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童の氏名	男 女	生年月日	年 月 日生
下記の病気で 年 月 日から療養中のところ、現在次の状態にあることを認めます。 <input type="checkbox"/> 回復期に至らない状態であるが、当面の間、症状の急変が認められないもの <input type="checkbox"/> 回復期であるが、他児への感染のおそれがあり集団による保育が困難であるもの			
病名・症状 (該当に☑)	病名		症状
	<input type="checkbox"/> 感冒・鼻咽頭炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A・B) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査項目	インフルエンザA (+ ・ - ・判定保留) インフルエンザB (+ ・ - ・判定保留) マイコプラズマ感染症 (+ ・ - ・判定保留) アデノウイルス感染症 (+ ・ - ・判定保留) 溶連菌感染症 (+ ・ - ・判定保留) 新型コロナウイルス感染症 (+ ・ - ・判定保留) ※実施した検査のみ結果をご記入ください。(すべての検査を実施する必要はありません)		
その他 [留意事項・ 指示事項等]			