第5号様式（第7条関係）

診療情報提供書（医師連絡票）

（あて先）奈 良 市 長

病児・病後児保育の利用に必要な情報について、下記のとおり提供します。

（ふりがな） 児童氏名	男 女	生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
保護者氏名		保育所名 認定こども園名 幼稚園名 小学校名	
住　所	奈良市 電話　―		
病名・病状 （番号に〇印）	以下の病気又は病気の回復期 1　感冒・感冒様症候群　2　咽頭炎・扁桃腺炎 3　伝染性膿痂疹（とびひ）　4　手足口病 5　ヘルパンギーナ　6　おたふくかぜ 7　麻疹　8　みずぼうそう 9　インフルエンザ　10　感染性胃腸炎 11　骨折等の外傷　12　退院後の安静期 13　中耳炎・気管支炎等で1日3回投薬している状態 14　その他（　）		
発症年月日	年　月　日		
受診年月日	年　月　日		
利用日数	診療日より　日間程度		
その他 連絡事項	（症状・既往歴・治療状況・入退院等の年月日等）		
安 静 度 （〇印）	1　ベッド上安静　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 5　その他（　）		
食　事 （〇印）	ミルク　・　牛乳のみ　・　離乳食（前期・中期・後期）　・　幼児食 下痢食　・　アレルギー食（除去内容　）		
指示事項 （投薬等）			

年　月　日

医 療 機 関

所　在　地

電 話 番 号

医　師　名　印

注1　太線内は、保護者の方がご記入ください。

注2　市が原本を保管し、実施施設は写しを保管するものとします。