

※この書類は医療機関で記入するものではありません。

平成 年 月 日

診療結果報告書

保護者記入欄

子どもの氏名	ふりがな	性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)		
住 所			
保 護 者 名		TEL	

水戸ファミリー・サポート・センター協力会員記入欄

①保育施設等（保育士、職員）から子どもの症状を確認し、記入してください。

主な症状	・発熱（ 時 分 度） ・便（普通・軟便・下痢・なし）（ 回） ・顔色（よい・悪い） ・給食量（普通・小量） ・発疹（部位 ）	・嘔吐（あり・なし） ・鼻水（多い・少ない・なし） ・咳（多い・時々・なし） ・喘鳴（多い・少ない・なし） ・その他
------	---	--

②医療機関を受診した後、その結果を記入してください。

病名・症状 (番号に○)	1 感冒・感冒様症候群 3 扁桃腺炎 5 喘息・喘息様気管支炎 7 感冒性嘔吐症 9 中耳炎・外耳炎 11 膿痂疹（とびひ） 13 手足口病 15 流行性耳下腺炎 17 水痘 19 風疹	2 咽頭炎 4 気管支炎 6 消化不良症 8 自家中毒症 10 結膜炎 12 突発性発疹 14 伝染病紅斑（りんご病） 16 麻疹 18 百日咳 20 インフルエンザ
	病名不明のとき 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 喘鳴 25 発疹 26 その他（ ）	
安 静 度	1 寝かせておくこと 2 室内で安静にしていればよい	
薬の処方	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（ 時間毎） 与薬品名：	
そ の 他		

水戸ファミリー・サポート・センター協力会員番号 _____ 氏 名 _____

※この用紙は、水戸ファミリー・サポート・センター協力会員が記入し、利用会員にお渡しください。