

※この書類は医療機関で記入するものではありません。

20 年 月 日

診療結果報告書（協力会員記入）

保護者記入欄

子どもの氏名	ふりがな	性別	男・女
生年月日	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）	・嘔吐（あり・なし）
	・便（普通・軟便・下痢・なし）（ 回）	・鼻水（多い・少ない・なし）
	・顔色（よい・悪い）	・咳（多い・時々・なし）
	・給食量（普通・小量）	・喘鳴（多い・少ない・なし）
	・発疹（部位 ）	・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	2 咽頭炎
	3 扁桃腺炎	4 気管支炎
	5 喘息・喘息様気管支炎	6 消化不良症
	7 感冒性嘔吐症	8 自家中毒症
	9 中耳炎・外耳炎	10 結膜炎
	11 膿痂疹（とびひ）	12 突発性発疹
	13 手足口病	14 伝染病紅斑（りんご病）
	15 流行性耳下腺炎	16 麻疹
	17 水痘	18 百日咳
	19 風疹	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。