様式第2号

帯広市病後児保育事業利用連絡書
（診　療　情　報　提　供　書）

（保護者記入欄）

児 童 氏 名		性別	男・女
児童生年月日	年　　月　　日生　（満　　歳）		
住 所	帯広市		
保護者氏名		電話番号	

上記児童は、病後児保育の利用が適当と認められるため、次のとおり連絡します。

（医師記入欄）

傷病名・症状 （該当番号に〇）	1 感冒・感冒様症候群 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 急性胃腸炎 5 周期性嘔吐症（自家中毒症） 6 突発性発疹症 7 手足口病 8 伝染性紅斑（りんご症） 9 流行性耳下腺炎 10 麻疹	11 水痘 12 風疹 13 インフルエンザ 14 溶連菌感染症 15 中耳炎・外耳炎 16 結膜炎（流角結を含む） 17 伝染性膿痂（とびひ） 18 その他 （　　）
	≪病名不明のとき≫ 19 発熱　20 下痢　21 嘔吐　22 咳嗽　23 喘鳴 24 発疹　25 その他（　　）	
診療形態 （該当番号に〇）	1 外来　2 往診　3 入院（　年　月　日～　年　月　日）	
既往歴、治療経過 及び症状経過		
現在の処方	1 「おくすり手帳」参照 2 次のとおり	
利　用　上　の　留　意　事　項		
病後児保育 利用見込み期間	月　日より、　日間程度（原則最大７日間まで）	
保育上の留意点 （該当番号に〇）	1 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 2 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） 3 その他（　　）	
その他指示		

年　　月　　日　　医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名　　㊞