

帯広市病後児保育事業利用連絡書
(診療情報提供書)

(あて先) 帯 広 市 長

(保護者記入欄)

児 童 氏 名		性別	男・女
児童生年月日	平成 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○)	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 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○)	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
既往歴、治療経過 及び症状経過	1 「おくすり手帳」参照
現在の処方	※ 原本は複写式となっておりますので、 保育所、帯広市こども課または 病後児保育実施施設でお受け取りください。
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○)	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	

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名