

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○)	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○)	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○)	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