様式第３号（第 11 条関係）

病児保育事業診療情報提供書

年　　月　　日

施設長　　様

医療機関名

医 師 氏 名　　印

下妻市病児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により、診療情報を提供します。

利用保護者記入欄	フリガナ		男・女	生年月日	年　　月　　日
	利用児氏名			年　齢	歳　　月
	保護者住所				
	フリガナ		電話番号	（自宅）	
	保護者氏名			（携帯）	

主治医記入欄	病　　状 （番号に〇）	1　回復期に至らない（病後児対応型の施設の利用はできません。） 2　回復期	
	病　　名 （番号に〇）	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・喘息性気管支炎 6　消化不良症 7　感染性胃腸炎 8　自家中毒症 9　中耳炎・外耳炎 10　結膜炎（流行性角膜炎を含む。）	11　突発性発疹症 12　手足口病 13　伝染性紅斑 14　流行性耳下腺炎 15　麻疹 16　水ぼうそう 17　百日咳 18　風疹 19　その他 （　　）
	事業利用（回復）見込期間	月　　日から　　月　　日まで（限度７日）	
	特に注意すべき事項又は指示 ・食事 ・特異体質 ・薬の使用　等	（例）　喘息発作時の吸入液（薬品名　　）使用量　　ｍｌ、使用間隔　時間ごと ℃以上のとき解熱剤（薬品名　　）使用量　　ｍｌ、使用間隔　時間ごと	