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　桜川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○） | 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○） | 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 |