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 | | | | |