

様式第3号（第11条関係）

病児保育事業診療情報提供書					
施設長 様		年 月 日			
		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			