

情 報 提 供 書

病後児保育実施機関 あて

年 月 日

医療機関

所在地

電話&FAX

医師名

印

病気の回復期にある児童が、病後児保育の利用を申請するにあたり、つぎのとおり診療情報
を提供いたします。

(保護者記入欄)

氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日生	(満 歳)	
住 所			
保護者名		連絡先	

(医療機関記入欄) *該当項目に○を付けてください。

病 名	1. 感冒・感冒症候群	*以下の疾患については、他のお子様への 「感染期」を経過した状態
	2. 上気道炎	*必ず別紙の登園許可書が添付されていること
	3. 気管支炎	
	4. 感冒性胃腸炎(嘔吐・下痢)	1. 麻疹 6. 咽頭結膜熱
	5. 中耳炎・外耳炎	2. 水痘 7. 百日咳
	6. 哮息・喘息様気管支炎	3. 風疹 8. 結核
	7. 骨折等の外傷性疾患 ()	4. インフルエンザ
	8. その他 ()	5. 流行性耳下腺炎
主な症状	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹 7. その他 ()	
食事に関する特別な指示	1. なし 2. あり ミルクのみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 幼児食 アレルギー食(除去内容) その他()	
薬の処方	1. なし 2. あり () *薬剤アレルギーの有無 1.なし 2.あり () *薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載してください。	
その他の注意事項		

*この文書は初診に限り保険診療(診療情報提供料I)の扱いとなります。