

診 療 情 報 提 供 書

館 林 市 長 様
(施 設 長)

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり情報を提供いたします。

(保護者記入欄)

ふりがな		男 女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 月)
児童氏名				
住 所	()	保 護 者 氏 名		
電 話				
病児・病後児保育利用希望期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			

(主治医記入欄)

診断・症状 ※該当する病名・症状番号に○をお願いします。		
01 上気道炎・感冒 02 下気道炎(気管支炎・肺炎) 03 中耳炎 04 結膜炎 05 胃腸炎 06 インフルエンザ(A・B) 07 水痘 08 流行性耳下腺炎 09 咽頭結膜熱 10 ヘルパンギーナ	11 手足口病 12 溶連菌感染症 13 気管支喘息 14 外傷 () 15 その他 ()	<<診断不確定のとき、症状>> 21 発熱 22 嘔吐 23 下痢 24 腹痛 25 発疹 26 咳嗽 27 その他 ()
病 期	01 急性期(発熱等) 02 回復期 ※該当する番号に○をお願いします。	
備 考	※ 安静度や隔離の観点で注意する点など、何かありましたらご記入ください。	
次回、貴医療機関診察予定日	平成 年 月 日、もしくは()日後	
平成 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 電 話 番 号 () 医 師 名 (印)		

主治医の先生へ
この書類は、利用児童が病児・病後児保育を受けるために必要な事項を情報提供いただくものであり、診療情報提供料(I)を患者1人につき月1回(250点)算定できます。

【問い合わせ先】 こやなぎ小児科 病児保育室ぱんだ 0276-78-7391