様式第２号（第１０条関係）

病児保育事業診療情報提供書

年　　月　　日

筑西市長　　様

医療機関名

医師氏名　　印

筑西市病児保育事業実施要綱第１０条第３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
	病後児氏名			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（病後児保育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　感冒性嘔吐症 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　感染性紅はんりんご病 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	