

様式第 5 号（第 1 3 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 1 3 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
	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	(例) 喘息発作時の吸入液（薬品名 ）使用量 m l、使用間隔 時間ごと ℃以上のとき解熱剤（薬品名 ）使用量 m l、使用間隔 時間ごと			
	・食事 ・特異体質 ・薬の使用 等				