

診療情報提供書

(あて先) 須坂市教育委員会

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

電 話

担当医師 氏 名

印

病児・病後児保育の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

(医療機関記入欄)

病 名		病児・病後児保育 見込み期間	日間
	急性期 (病児保育) ・回復期 (病後児保育)		
服薬の 必要性	あり (詳細はお薬手帳を参照) ・なし		
その他注 意 事項	※別紙利用申込書参照		

(保護者記入欄)

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 月)
児童氏名					
病児・病後児保育の利用状況	初めて ・ 回目				
主な症状	(次の項目に○印をつけてください。 発熱 ・ 下痢 ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 発疹 ・ 湿疹 その他 (具体的に書いてください。)				
経 過	いつからこの症状が始まりましたか。				
	昨日から今朝の病状について書いてください。				
注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ これまでに熱性けいれんを起こしたことがある (度 分) ・ ない (あると記入された方) 何歳ごろですか (歳 か月ごろ) ・ アレルギー体質で ある (原因.....) ・ ない ・ 上記以外で気を付けて欲しいことがありましたら書いて下さい。 				

この診療情報提供書の内容について、須坂市、実施施設及び医療機関で共有することを承諾します。

保護者氏名

印