

(様式第4号) (第9関係)

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

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	月 日から
	急性期（病児保育）・回復期（病後児保育）		月 日まで
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			

(保護者記入欄)

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 月)
児童氏名					
病児・病後児保育の利用状況		初めて ・ 2回目以上			
主な症状	(次の項目に○印をつけて下さい。) 発熱 ・ 下痢 ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 発疹 ・ 湿疹 その他（具体的に書いて下さい。）				
	いつからこの症状が始まりましたか。				
経 過	昨日から今朝の病状について書いて下さい。				
	・ 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