

(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	急性期（病児保育）・回復期（病後児保育）	病児・病後児保育見込み期間	月 日から	
			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。） ----- -----											
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下さい。 ----- -----											
注意点	・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