病(後)児保育室 診療情報提供書

こどもデイケア暖家

令和　　年　　月　　日

医療機関
所在地
電話番号
FAX
医師名　　印

病気（急性・回復）期にある児童が　病(後)児保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供致します。

（保護者記入欄）

児童氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生（満　　歳）		
住　　所			
保護者氏名		電話番号	

（医師記入欄）

病状・症状 （番号に〇）	１ 急性上気道炎 ２ 気管支炎・肺炎 ３ 喘息・喘息様気管支炎 ４ 嘔吐下痢症 ５ 感染性胃腸炎 ６ 周期性嘔吐症 （自家中毒） ７ 突発性発疹 ８ 麻疹 ９ 水痘 １０ 風疹 １１ インフルエンザ １２ 溶連菌感染症 １３ 中耳炎・外耳炎 １４ 流行性耳下腺炎 １５ 百日咳 １６ 咽頭結膜熱（プール熱） １７ その他 （　　）
	（病名不明の場合） １８ 発熱　１９ 下痢　２０ 嘔吐 ２１ 咳嗽　２２ 喘鳴　２３ 発疹
現在の投与処方	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時間毎） 投薬品名： 解熱剤使用：　なし　・　あり（　　日　　時）
医師所見	

※この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料（Ⅰ）としてご記入をお願いします。