様式第２号（第３条関係）

年　　月　　日

診療情報提供書

施設管理者　　あて

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

医療機関名

医　師　名　　㊞

太枠内は、保護者の方が記入してください

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年　　月　　日 （　　歳　　月）
住　　所 電　　話	（　　）	保護者氏名		

下記の病名・症状番号に〇印をおつけください。

1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 喘息・喘息性気管支炎 4. 感染性胃腸炎 5. 突発性発疹症 6. 手足口病・ヘルパンギーナ 7. 風疹 8. 流行性耳下腺炎	9. 水痘 10. インフルエンザ 11. 溶連菌感染症 12. 中耳炎 13. 膿痂疹 14. その他の病名または症状名 （　　）

利用施設 （〇印）	１．病児保育（急性期） ２．病後児保育（回復期）
保育上の 留意点 （〇印）	１．ベッド上安静 ２．室内安静（安静を主とするが、他児との静かな遊びは可） ３．室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
隔離（〇印）	１．不要（他児との同室可）　　２．要（他児との同室不可）
食事（昼食） 〇印 アレルギー	１．離乳食　　２．軟飯　　３．小児普通食 その他（　　） 食物アレルギー：なし・あり（　　）
現在の 処方 その他 指示事項等	次回診察予定：　　月　　日
利用見込期間	提供書記載当日から＿＿＿日（土日祝日を除く７日間を限度）