

診療情報提供書（病児・病後児保育事業用）

（宛先）南砺市長

医療機関 住 所
名 称
医師名



病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな		男	生年	年 月 日	歳 箇月
児童氏名		女	月 日		
住 所	南砺市		電話番号	()	
傷病名	(発症： 年 月 日)				
	(主な症状) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)				

病児・病後児保育の受入れに際しては、下記の事項に留意することを事業者に対し指示します。

指示	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静（静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい。） <input type="checkbox"/> 制限なし（状態が良ければ、戸外の遊びもよい。）
食 事	<input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 易消化食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去食：)
処 方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 保護者が、薬剤情報提供書を持参する。） 処方内容
その他 注意事項	