

様式3号(第9条関係)

診療情報提供書(病後児保育医師連絡票)

年 月 日

(あて先) 本庄市長

医療機関 所在地

名称

電話

担当医師 氏名

印

次の児童による病後児保育の利用について、以下のとおり連絡します。

児 童 氏 名 生 年 月 日 ・ 性 別	年 月 日 生 ( 男 ・ 女 )
病 名 ・ 症 状 ( 番 号 に ○ )	1 上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 感染症胃腸炎 5 突発性発疹症 6 手足口病 7 伝染性紅斑(りんご病) 8 流行性耳下腺炎 9 中耳炎 10 膿痂疹 11 その他 ( )
診 療 形 態	1 外来 2 入院( 年 月 日～ 年 月 日)
経 過 の 概 要 等	
継 続 中 の 投 薬 処 方	
安 静 の 度 合 い	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 その他 ( )
保 育 中 の 食 事 の 指 示	
特 記 事 項	

