

様式第4号(第7条関係)

医療機関記入

診療情報提供書

令和 年 月 日

(提供先)ちくまの森保育園genius

医療機関 所在地

名称

電話

担当医師 氏名

印

(注)この様式は、保険診療
(診療情報提供料(1))の
扱いとしてください。

千曲市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。
なお、記入した個人情報を千曲市及び実施施設で共有することを承諾します。

(ふりがな)		性別	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳 月)
こどもの氏名					
病名 (番号に○)	現疾患の発症日	年 月 日			
	01 感冒・感冒性症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 気管支喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良症(多症候性下痢) 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎	10 伝染性膿痂疹 11 突発性発疹 12 手足口病 13 伝染性紅班(りんご病) 14 流行性耳下腺炎 15 風疹 16 水痘(みずぼうそう) 17 その他 (病名:)			
病状 (番号に○)	01 発熱 02 下痢	03 嘔吐 04 咳嗽	05 喘鳴 06 発疹	07 その他 ()	
安静度	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で軽い遊び程度ならよい)				
症状経過					
投薬について	保育室で投与(有・無) 処方 1 2 3 ※ お薬手帳、処方箋添付でも可				
医師の指示事項					