

診療情報提供書

年 月 日

(あて先) 佐久市長

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

(医療機関)

住所

病院名

医師名

印

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 月 )
住所 電話	佐久市 ( )	保護者氏名		
傷病名				
症状	発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 発疹 その他( )			
診療形態	発症年月日			年 月 日
	初診年月日			年 月 日
	外来 往診 入院( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
医師意見	1. 回復期により病後児保育の利用は可能です 2. 外来治療中につき病児保育の利用が望ましい。 3. 入院治療が必要です 4. その他( )			
症状・既往症・治療状況・経過等  現在の投薬状況  保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)				