

診療情報提供書

実施施設様

乳幼児健康支援一時預かり事業（病後児保育）の利用について、下記のとおりお知らせします。

※太枠内は保護者の方が記入してください。					
(ふりがな)		男・女	平成 年 月 日生	(歳 か月)	
児童氏名					
住所	福島市	保護者氏名			
電話番号	電話 ()				
病名・症状 <small>(番号に○をつけてください)</small>	01. 感冒・感冒様症候群 11. 膿か疹 02. 咽頭炎 12. 突発性発疹 03. 扁桃腺炎 13. 手足口病 04. 気管支炎 14. りんご病（伝染性紅班） 05. 喘息・喘息性気管支炎 15. 流行性耳下腺炎 06. 消化不良症 16. 麻疹 07. 感冒性嘔吐症 17. 水痘 08. 自家中毒症 18. 百日咳 09. 中耳炎・外耳炎 19. 風疹 10. 結膜炎 20. その他 ()			病名不明の場合 21. 発熱 25. 喘鳴 22. 下痢 26. 発疹 23. 嘔吐 24. 咳嗽	
	病状 <small>(番号に○をつけてください)</small>	1. 急性期（発熱等） 2. 回復期（下熱・微熱等）			
安静度 <small>(番号に○をつけてください)</small>	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4. 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）				
食事（昼食） <small>(○をつけてください)</small>	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 下痢食・アレルギー食（除去内容)				
処方内容					
	次回診療予定 有 (月 日) ・ 無				
備考	翌日も病後児保育が 1. 必要 2. 保育所に復帰 (番号に○をつけてください)				

平成 年 月 日	上記の児童は、乳幼児健康支援一時預かり事業を利用することに差し支えありません。		
	医療機関名 医師名	印	

※診療に係る費用は、申請者の負担となります。