

様式第 4 号(第 8 条関係)

山北町病児保育事業診療情報提供書

年 月 日

山北町長 様

医療機関 所在地
 名 称
 担当医師名
 電話番号
 ファクシミリ

印

病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。

児童氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----------	------	-------

病 名				
症 状 及び経過	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()			
留 意 事 項	処方内容			
	利用施設	病児保育室 ※医療機関に併設し、病気中の児童をお預かりします。		
	保育形態	1 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 2 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい。) 3 隔 離 4 その他 ()		
	食 事	1 常 食 2 かゆ食 3 その他()		
	その他			