

年 月 日

診療情報提供書（病児・病後児保育事業用）

（宛先）南砺市長

医療機関 住 所
名 称
医師名



病児・病後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。

ふりがな		男	生年	年 月 日		歳 箇月
児童氏名		女	月 日			
住 所				電話番号	()	
傷病名	(発症： 年 月 日)					
	(主な症状) ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他 ()					
診療形態	☐ 外来 ☐ 入院 (期間： 年 月 日～ 年 月 日)					

病児・病後児保育の受入れに際しては、下記の事項に留意することを事業者に対し指示します。

指示	☐ 病児保育 ☐ 病後児保育
安静度	☐ 室内安静（静かな遊びは可） ☐ 室内保育（室内で普通に遊んでよい。） ☐ 制限なし（状態が良ければ、戸外の遊びもよい。）
食事	☐ 指示なし ☐ 離乳食 ☐ 幼児食 ☐ 易消化食 ☐ アレルギー食（除去食：)
処 方	☐ なし ☐ あり（ ☐ 保護者が、薬剤情報提供書を持参する。） 処方内容
その他 注意事項	