

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

病児・病後児保育事業診療情報提供書

小田原市長 様

医療機関 所在地
名 称

担当医師名
電話番号
F A X

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。

患者氏名		性別	生年月日	年 月 日
		男・女		

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	1 病児保育室（※1） 2 病後児保育室（※2） ※1 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。 ※2 病後児保育室…保育所に併設し、病気の回復期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	