

様式第3号 (第7条関係)

診療情報提供書

年 月 日

(あて先) 設置者

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		男	生年	年	月	日
児童氏名		女	月日	(	歳	)
住所	小諸市	保護者氏名				
電話	( )					
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  投薬の指示 (※保育中に投薬の必要がある場合に記入) ・薬名 _____ ・色 _____ ・一回分の用量 _____ mg/ _____ 包・ml ・用法 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 その他 ( ) 保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)						