

様式第3号(第8条関係)  
診療情報提供書

三次市病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

三次市長 様

医療機関 住所  
名称  
医師名  
電話番号

次の者の病児・病後児保育の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり連絡します。  
(記入又は○で囲んでください。)

児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
病 名	1 感冒・感冒様症候群 2 扁桃腺炎 3 気管支炎 4 喘息・喘息様気管支炎 5 感冒性嘔吐症 6 消化不良 7 中耳炎・外耳炎 8 結膜炎	9 手足口病 10 伝染性紅斑 11 風しん 12 水痘 13 流行性耳下腺炎 14 インフルエンザ(A・B) 15 溶連菌感染症 16 その他 ( )	主な症状 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳 5 喘鳴 6 発疹 7 その他
	病状 病状の経過 治療状況等		
安静度	1 室内保育 2 室内安静 3 ベッド上安静 4 隔離室で隔離 5 その他 ( )		
食事に関する 特別な指示	1 なし 2 あり ( )		
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ( ) 薬品名・用量・用法  薬の保管方法(室温・冷蔵庫・その他)		
その他の 注意事項			
この児童は、診察の結果、上記の病中または傷病の回復期にあり、 <input type="checkbox"/> 病児保育室 <input type="checkbox"/> 病後児保育室 の利用が、 <input type="checkbox"/> 月 日まで・ <input type="checkbox"/> 治療まで 可能です。(該当に✓をお願いします。)			

ご注意 ①病児・病後児保育室を利用するために、実施施設へお子様の病状に関する情報を提供します。  
②感染症については注意いたしますが、感染の可能性のあることについてはご了承ください。  
③利用期間は、1回の申込につき原則として連続7日までとなります。  
④病児・病後児保育を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、希望する日に必ずお子様を預けられるというものではありません。予約については、施設にご確認ください。

上記「ご注意」に同意のうえ、下記に保護者が記入してください。

保護者	住所 氏名 電話番号
-----	------------------