

第4号様式（第8条関係）

中井町病児保育事業診療情報提供書

年 月 日

中井町長様

医療機関 所在地
 名称
 担当医師名
 電話番号
 FAX

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	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	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			