

診療情報提供書

(あて先) 太田市長様

病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

※太枠内保護者記入

利用児 氏名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日生 (歳 か月)
住所	〒			
保護者 氏名	印	緊急時 連絡先	TEL	

※以下医師記入欄

発症年月日 年 月 日	診断名	インフルエンザ (陰性・陽性) アデノウイルス (陰性・陽性) 感染性胃腸炎 (陰性・陽性) その他 ()
症状 (病名不明の時) 発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他 ()	急変の可能性 高い ・ 低い	
食事の留意点 なし・あり ()	安静度 病後児保育室にて隔離	
投薬処方 なし・あり (朝・ 昼・ 夕)	回復状況にて一般保育室可	

本児は急性疾患の回復期にあり、病後児保育を利用する事に差し支えありません

平成 年 月 日 医療機関名

医師名