様式第４号（第７条関係）

診療情報提供書（珠洲市病児・病後児保育用病状連絡票）

※太枠内は保護者が記入してください。

（病気、疾病が急性期等の場合においては、保育できない場合があります。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | |
| ふりがな  児童氏名 | 男  女 | 生年月日 | 年　　月　　日生  （　　　歳　　　月） |

〇医師の確認欄（**病児・病後児保育の利用が認められる場合に記入してください**）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病名又は病状（病名・病状又は番号に〇印） | | | ・感染期（病児）　　・病後児 | |
| ・感染性の有無　　　有　・　無 | |
| 病児・病後児保育利用可能期間　　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 発症年月日　：　　　　　年　　月　　日（　　）　　　　　時頃から | | | | |
| 病　　名 |  | | | |
| 安静度＜番号に〇印＞ | | | | |
| 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） | | | | |
| 現在の投薬処方 | |  | | |
| 保育上で留意すべき点（既往歴・アレルギー・体質傾向など） | | | |  |
| 児童の状況は上記のとおりであり、病児・病後児保育の利用が可能である。  年　　月　　日  　　　　珠 洲 市 長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |