

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)

○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○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○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。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
珠 洲 市 長		
医療機関 名 称 担当医 氏 名		
㊞		