

# 診療情報提供書

病児・病後児保育施設長 様

年 月 日

医療機関

所在地

電話&FAX

医師名

⑩

本児童は、病児・病後児保育を利用することに差し支えありません。

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 ( 満 歳 )		
傷 病 名			
症 状	該当項目に○を付けてください。 1. 発 熱    2. 下 痢    3. 嘔 吐    4. 咳 嗽 5. 喘 鳴    6. 発 疹    7. 鼻 汁 8. その他 ( )		
診 療 形 態	初診年月日	年	月 日
	外来 往診 入院	(	年 月 日 )
	発症年月日	年	月 日
現在の投薬状況			
隔離の必要性	無 ・ 有		
食事制限の留意事項 (アレルギー、水分のみなど)			
その他保育上の留意点			