

診療情報提供書

年 月 日

(あて先) のぞみ保育園

(医療機関) 住所

病院名

電話番号

医師氏名

印

病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

なお、記入した個人情報は、実施施設で共有することを承認します。

フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日
児童氏名				(歳 ヶ月)
病名				
症状	発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 発疹			
	その他 ()			
診療形態	発症年月日	年	月	日
	初診年月日	年	月	日
	(該当番号に○) 1 外来 2 往診 3 入院 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
安静度	(該当番号に○)			
	1 室内安静 (ベッドでの生活が主で、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)			
投薬及び 指示事項 (食事等 その他) について	保育室での投薬 (有・無)			
	解熱剤: 座薬・内服薬 (指示事項)			
	(指示事項)			