

診療情報提供書

伊勢崎市長 様

病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

太枠内は保護者の方が記入してください。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 箇月)
住 所 電 話	伊勢崎市 ( )	保護者氏名		
診断名(病名)	・感冒 ・咽頭炎 ・気管支炎 ・風疹 ・麻疹 ・流行性耳下腺炎 ・水痘 ・手足口病 ・その他 ( )			
病状・症状	・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・喘鳴 ・発疹 ・その他 ( )			
診 療 形 態	通院 ・ 入院 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)			
	発症年月日		年 月 日	
	初診年月日		年 月 日	
症状・既往症・治療状況等  現在の投薬状況  保育上の留意事項（安静・食事・特異体質等）				

本児童は急性疾患の回復期にあり、病後児保育を利用することに差し支えありません。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印