

⑤ 診 療 情 報 提 供 書

丸 森 町 長 様

年 月 日

病後児保育の利用が可能なので、次のとおり連絡します。

(医療機関) 住 所
病院名
医師名

印

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
				(歳 月)
住 所 電 話	〒 ()		保護者氏名	
傷病名				
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			
	外来 住診 入院 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
1. 症状・既往症・治療状況				
2. 現在の投薬状況				
3. 慢性疾患(例えば熱性けいれん等)のある場合の与薬指示				
4. 保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)				

※ 主治医の先生へ
この用紙は、病後児保育施設を利用するために必要な情報提供いただくものです。保護者にお渡しくださるようお願いいたします。
なお、書類作成に係る費用は、保険診療(診療情報提供料Ⅰ)でお願いします。

問い合わせ 丸森町子育て定住推進課 TEL (0224)72-3013
丸森たんぽぽこども園 TEL (0224)86-4336