

第4号様式（第8条関係）

大井町病児保育事業診療情報提供書

年 月 日

大井町長 様

医療機関 所在地
 名称
 担当医師名
 電話番号
 FAX

印

病児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名	性別	生年月日	年 月 日
	男・女		

病 名			
症 状 及び経過	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()		
留 意 事 項	処方内容		
	利用施設	病児保育室 ※医療機関に併設し、病気中の児童をお預かりします。	
	保育形態	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。） 3 隔 離 4 その他 ()	
	食 事	1 常 食 2 かゆ食 3 その他 ()	
	その他		