

## 診 療 情 報 提 供 書

沼田市長 様  
（施設管理者）

病児保育事業の利用に当たり、沼田市病児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり情報を提供します。

**【保護者記入欄】**

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
児童氏名				
住 所			保護者氏名	
電 話				

**【主治医記入欄】**

診断・症状 ※該当する番号に○をお付けください。			
1 上気道炎・感冒	13 百日咳	診断不確定時の症状	
2 咽頭炎・扁桃腺炎	14 咽頭結膜熱（プール熱・アデノウイルス感染症）	24 発熱	
3 気管支炎・肺炎		25 嘔吐	
4 マイコプラズマ感染症	15 ヘルパンギーナ	26 下痢	
5 RSウイルス感染症	16 手足口病	27 腹痛	
6 気管支喘息	17 溶連菌感染症	28 発疹	
7 インフルエンザ（A型）	18 中耳炎	29 咳嗽	
8 インフルエンザ（B型）	19 流行性結膜炎	30 その他	
9 胃腸炎	20 突発性発疹症	( )	
10 水痘（みずぼうそう）	21 ヒトメタニューモウイルス感染症		
11 流行性耳下腺炎（おたふく）	22 伝染性紅斑（りんご病）		
12 風疹	23 その他 ( )		
病 期	1. 急性期                      2. 回復期		
検 査	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症（ + - ） <input type="checkbox"/> その他の検査( ) <input type="checkbox"/> 検査なし		
備 考	(保育上の注意点など)		

本児童は病児保育事業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  
所在地  
電話番号  
医師名

印