

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
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	12 風疹	診断不確定時の症状 20 発熱 21 嘔吐 22 下痢 23 腹痛 24 発疹 25 咳嗽 26 その他 ()
2 咽頭炎	13 咽頭結膜熱（プール熱）	
3 扁桃腺炎	14 ヘルパンギーナ	
4 気管支炎・肺炎	15 手足口病	
5 マイコプラズマ感染症	16 溶連菌感染症	
6 RSウイルス	17 中耳炎	
7 気管支喘息	18 流行性結膜炎	
8 インフルエンザ（A型・B型）	19 突発性発疹症	
9 胃腸炎	その他	
10 水痘（みずぼうそう）	()	
11 流行性耳下腺炎（おたふく）		
病 期	1 急性期 2 回復期	
安静度	1 ベッド上安静 2 隔離室で保育 3 室内安静 4 室内保育	
食 事	1 給食 2 離乳食 3 おかゆ 4 アレルギー食（除去内容)	
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

この書類は児童が病児保育事業を利用するに当たり、必要な事項を情報提供いただくものであり、市町村への情報提供として診療情報提供料（I）を算定できます。医療機関は、本書をコピーの上、保管をお願いします。