

苫小牧市病後児保育事業利用連絡書
（診療情報提供書）

苫小牧市長 様
（保護者記入欄）

児童氏名		性別	男 ・ 女
児童生年月日	年 月 日生 （ 歳 ヲ月）		
児童住所	苫小牧市		
電話番号		保護者氏名	

（医師記入欄） 該当する病名等の番号を○で囲んでください。

傷病名・症状 （該当番号に○）	1 感冒・感冒様症候	8 水痘
	2 気管支炎・肺炎	9 風疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	10 インフルエンザ
	4 急性胃腸炎	11 中耳炎
	5 感染性胃腸炎 （ノロ・ロタ・その他 ）	12 外傷性疾患 （ ）
	6 流行性耳下腺炎	13 その他 （ ）
	7 麻疹	
	【病名不明のとき】	
	1 発熱	2 下痢
	3 嘔吐	4 咳嗽
	5 喘鳴	6 発疹
	7 その他（ ）	

病後児保育室利用上の事項

病後児保育室 利用見込み期間	年 月 日から 日間程度（原則最大5日）
安静度	1. 室内安静（室内での生活が主、他児との静かな遊びは可） 2. 室内安静（他児と室内で普通に遊んでも良い） 3. 個別に対応できるなら、戸外活動も可 4. その他（ ）
処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
保育施設での投薬の 必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※処方箋等、処方内容がわかる書面を裏面に添付してください。
その他指示	

上記のとおり、疾病は回復期にあり、感染の可能性が無いため、病後児保育の利用が可能と思われます。

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

（自署）

印

様式第3号（第10条関係）

処方内容添付欄

--