

年 月 日

（宛先）小金井市長

小金井市病児・病後児保育事業診療情報提供書

医療機関 住所  
 名称  
 電話番号  
 医師名

印

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、下記のとおり提供します。

記

（保護者記入欄）

（ふりがな） 児童氏名	性別	男 ・ 女	生年月日	年 （満	月 歳	日 か月）
住所	（〒 - ） 小金井市 町					
保護者氏名	電話番号		（ ）			

（医療機関記入欄） ※ 該当するものに○

状態	急性期（病児保育）		回復期（病後児保育）	
病名	01. 感冒性胃腸炎 02. 感冒性上気道炎 03. 気管支炎・肺炎 04. 喘息発作又は喘息様気管支炎 05. 中耳炎 06. クループ症候群 07. 病名不明の嘔吐下痢症 08. 病名不明の上気道炎 09. インフルエンザ 10. 百日咳 11. 麻疹 12. 流行性耳下腺炎 13. 風疹		14. 水痘 15. 咽頭結膜熱 16. 腸管性出血性大腸菌感染 17. 流行性結膜炎 18. 急性出血性結膜炎 19. 溶連菌感染症 20. ウイルス性肝炎 21. 手足口病 22. 伝染性紅斑 23. ヘルパンギーナ 24. マイコプラズマ 25. その他（ ）	
病状	01. 発熱	02. 下痢	03. おう吐	04. せき
	05. ぜん鳴	06. 発しん	07. その他（ ）	
隔離	要 ・ 不要		安静度	室内保育 / 室内安静 / ベッド上
病状の経過 治療状況等				
既往歴	薬・その他のアレルギー		無し / 有り（ ※ アレルギー内容 ）	
処方内容	※ 別紙説明書のとおり（説明書が無い場合は記載してください。）			
その他注意事項				