

（宛先）三条市教育委員会

この様式を書いていただく料金は保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。

病児・病後児保育の利用について、次のとおり診療情報を提供いたします。

保護者記入欄	児童	フリガナ		性別	生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日 (歳 か月)
				□男 □女		
	保護者	住所				
		氏名	(続柄)		勤務先	
	緊急連絡先				勤務先電話	

※性別欄は、戸籍上の性別に✓をしてください。

主治医記入欄	該当する病名・症状などに○をお願いします。					
	(病名)			(症状)		
	01 急性上気道炎	12 突発性発疹	01 発熱	05 喘鳴		
	02 気管支炎	13 手足口病	02 下痢	06 発疹		
	03 肺炎	14 流行性耳下腺炎	03 嘔吐	07 その他		
	04 喘息・喘息性気管支炎	15 百日咳	04 咳嗽	()		
	05 溶連菌感染症	16 インフルエンザ	(迅速検査実施状況) ・新型コロナウイルス感染症 (抗原・PCR) (+・-) ・インフルエンザ (+・-) ・その他 (検査名) (検査結果)			
	06 RSウイルス感染症	17 水痘				
	07 アデノウイルス感染性	18 麻しん				
	08 ヒトメタニューモウイルス感染症	19 腸管出血性大腸菌				
09 感染性胃腸炎	20 結核	21 新型コロナウイルス感染症				
10 結膜炎	22 その他					
11 伝染性膿痂疹	()					
病児・病後児保育の利用区分 (○印)	1 病児保育として可 (回復期に至らない) ※病名17~21については病児保育は利用不可	2 病後児保育として可 (回復期)	3 否 (利用不可)			
利用期間	年 月 日 ~	年 月 日	利用見込み	日間		
指示事項	保育上の注意	1 なし ・ 2 あり ()				
	飲食上の注意	1 なし ・ 2 あり ()				
	投薬上の注意	1 なし ・ 2 あり ()				
	その他	配慮すべきことがありましたらご記入ください。				
年 月 日						
医療機関所在地 医師名 (印)						