

（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)						