

湯沢市病児保育医師連絡票（診療情報提供書）

湯沢市長 あて

病児保育の利用にあたり、必要な情報について提供します。

現時点において、入院の必要は認められないので、湯沢市病児保育事業の利用が可能と思われま

年 月 日

所在地

名称

電話

担当医師 印

【保護者記入欄】

| | | |
|------|-----------|--------------------|
| 児童氏名 | 氏名： (男・女) | 生年月日 年 月 日 (歳 カ月) |
| | 住所： | |
| | 電話： () | 保護者氏名： |

【医療機関記入欄】

| | |
|----------------------|---|
| 主な病名 | |
| 主な症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 隔離 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし |
| 安静度 | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい) |
| 投薬状況及び経過 など担当医連絡欄 | |

【担当医の先生へお願い】

この診療情報提供書は、上記児童が湯沢市病児保育室を利用するために必要な情報を提供いただくものです。必要事項をご記入のうえ、保護者にお渡しくくださるようお願いいたします。

なお、書類作成に係る費用は、診療情報提供料（I）にてお取り扱い願います。