様式第４号（第１１条関係）

診療情報提供書

施設長　　様

那須塩原市病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

（保護者記入欄）

児 童 氏 名	ふりがな	性　　別	男 ・ 女
生 年 月 日	年　　月　　日生	年　　齢	歳　　箇月
住　　所		電話番号	
利用する病児・病後児保育施設名			

（主治医記入欄）

病状又は症状 （該当する番号に○を付ける。）	０１　感冒・感冒性症候群	１１　膿痂疹	（病気不明のとき）
	０２　咽頭炎	１２　突発性発疹症	２１　発　熱
	０３　扁桃腺炎	１３　手足口病	２２　下　痢
	０４　気管支炎	１４　りんご病（伝染性紅斑）	２３　嘔　吐
	０５　喘息・喘息性気管支炎	１５　流行性耳下腺炎	２４　咳　痰
	０６　消化不良症	１６　麻　疹	２５　喘　鳴
	０７　感冒性嘔吐症	１７　水　痘	２６　発　疹
	０８　自家中毒症	１８　百日咳	
	０９　中耳炎・外耳炎	１９　風　疹	
	１０　結膜炎（流角結を含む）	２０　その他（　　）	
受診年月日	年　　月　　日		
利用可能な事業の類型 （該当する番号に○を付ける。）	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 １　病児対応型　　２　病後児対応型		
症状・既往歴・治療状況等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項（安静、食事、特異体質等）			

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

電 話 番 号

医　師　名　　㊞

注：この書類により情報提供した場合には診療情報提供料（Ｉ）（250点）を算定することができる。
患者１人につき、月１回限り算定する。