# 診療情報提供書（病児保育室入室用）

年　　月　　日

松　前　町　長　殿
病児保育室キッズハウス施設長　殿

医療機関名
所　在　地
電話番号
ＦＡＸ番号
医　師　名

印

松前町病児保育事業の利用にあたり、次の通り診療情報を提供いたします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　齢 | |
| 患者住所 | | 電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 病　　名 | |
| 病　　状 | □ 急性期（発熱等）　□ 回復期（解熱・微熱等） |
| 隔離の必要 | □ 一般（他児と同室でよい）　□ 緩やかな隔離（条件：　　）<br>□ 隔離室 |
| 安　静　度 | □ 安静（ベッド上、布団上）　□ 室内安静（ベッド、布団上が主、静かな遊びは可）<br>□ 室内保育（室内で普通に遊んで良い） |
| 食　　事 | □ ミルク　□ 離乳食（前期・中期・後期）　□ 幼児食（普通食）　□ 下痢食<br>□ アレルギー食（除去内容：　　）<br>□ 水分の指示（指示内容：　　）<br>□ その他の指示（指示内容：　　） |
| 検査結果<br>処方内容 | 【実施した検査があれば内容・結果を併せてご記入ください】<br><br>次回診察予定日　　月　　日（　） |
| 翌日の保育<br>その他 | □ 翌日も病児保育が必要　□ 保育園に登園可　□ 診察が必要<br>□ その他（　　） |