⑤ 診 療 情 報 提 供 書

令和　　年　　月　　日

名取市長様

病後児保育の利用が可能なので、次のとおり連絡します。

（医療機関）

住 所

病院名

医師名　　印

ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
児童氏名				
住所	名取市		電話	
病名	1．感冒・感冒様症候群 2．咽頭炎 3．扁桃腺炎 4．気管支炎 5．喘息・喘息様気管支炎 6．消化不良症 7．感冒性嘔吐症 8．自家中毒症 9．中耳炎・外耳炎 10．結膜炎（はやり目を含む） 11．膿痂疹（とびひ） 12．突発性発疹症	13．手足口病 14．りんご病 15．流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 16．麻疹（はしか） 17．水痘（みずぼうそう） 18．百日咳 19．風疹 20．インフルエンザ 21．溶連菌感染症 22．その他の病名または症状 （　　）		
処方内容				
医師所見	（保育上の留意事項・安静・食事・特異体質等）			

※主治医の先生へ

この用紙は、病後児保育施設を利用するために必要な情報を提供いただくものです。

保護者にお渡し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、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）でお願いします。

問い合せ　名取市健康福祉部こども支援課保育係　TEL：022－724－7181

病後児保育　ひまわり保育室（名取みたぞの保育園内）

TEL：（代）022－784－1020　（直通）022－784－1031