第２号様式（第８条関係）

診　療　情　報　提　供　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 越谷市長　宛  【保護者記入欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 住　所 | 越谷市 | | | |
| ふりがな |  | | 生 年 月 日 | |
| 児童氏名 |  | | 年　　月　　日生 | |
| 【医療機関記入欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 傷病名 | 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・喘息性気管支炎  6　自家中毒  7　中耳炎・外耳炎 | 8　結膜炎(流行性角膜炎を含む。)  9　膿痂疹  10　突発性発疹症  11　手足口病  12　伝染性紅斑  13　流行性耳下腺炎  14　麻疹 | | 15　水痘  16　百日咳  17　風疹  18　インフルエンザ  19　ヘルパンギーナ  20　その他  （　　　　　　　） |
| 症　状 | 発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 診療形態 | 初診年月日　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 外来・往診・入院（　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日） | | | |
| 発症年月日　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 初発・再発 | 初発　・　　再発　（初発　　　　　年　　月　　日） | | | |
| １　臨床経過・治療等  ２　現在の投薬状況  ３　保育上の留意事項（安静・食事・特異体質等） | | | | |

本児童は、現時点での入院の必要性は認められず、病児保育事業を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　印