

年 月 日

病児・病後児保育 診療情報提供書（病状連絡票）

久留米大学みどりの杜保育園
病児・病後児保育施設
「すくすくランド」 宛

医療機関 住所
名称
担当医師氏名 (印)
電話番号 ()

病児・病後児保育施設の利用にあたり、下記のとおり診療情報を提供します。

(保護者記入欄)

ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
					(歳	か月)	
保護者氏名		住所			電 話	番 号		

(医療機関記入欄)

病 名	
病 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
病児・病後児の 区分	<input type="checkbox"/> 病児保育の利用を認める。 (対象：当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていないことから集団保育が困難である児) <input type="checkbox"/> 病後児保育の利用を認める。 (対象：病気の回復期であるも、まだ集団保育が困難である児)
処方内容	<u>※お薬手帳がある場合は記入不要です。</u>
病児・病後児 保育利用見込	受診日 月 日より 日間程度 (最大1週間)
その他留意事項	

※本書は久留米大学みどりの杜保育園病児・病後児保育施設「すくすくランド」をご利用するために必要な様式です。