

様式第6号(第9条関係)

深谷市病後児保育診療情報提供書

年 月 日

深谷市長 宛て

児童氏名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
		男 女	年 月 日	歳 箇月

疾患  (該当するものに○をつけてください。)	感冒 咽頭炎 扁桃腺炎 気管支炎 ぜん息・ぜん息性気管支炎 消化不良 感冒性おう吐症	自家中毒 中耳炎・外耳炎 結膜炎 とびひ 突発性発しん症 手足口病 伝染性紅はん	流行性耳下腺炎 風しん 水痘 百日せき 麻しん その他 ( )
	症状	発熱・下痢・おう吐・がいそう・ぜん鳴・発しん・その他( )	
初発・再発	初発 ・ 再発(初発 年 月 日)		
安静の度合い	1 ベッド上での安静が必要である 2 観察室(安静室)で隔離する必要がある(他の児童に感染する可能性がある。) 3 室内での安静が必要である(他の児童との関わりは可能である。) 4 通常の保育が可能		
投薬	無・有	(有の場合は投薬の内容、頻度等を記入してください。)	
留意事項	(生活、食事、体質等について記入してください。)		

本児童は、通常の集団保育(生活)は困難であるが、上記疾患の急性期を過ぎた回復期にあるため、病後児保育を利用することについて可能と認めます。

医療機関名

医師名



電話番号