

様式第3号（第8条関係）

診療情報提供書

大田原市長 様

（保護者記入欄）

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳 月
対象者名		生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	大田原市				

（主治医記入欄）

病名・症状 番号に○	1 感冒・感冒症候群	11 溶連菌感染症	(病名不明)
	2 咽頭炎	12 ヘルパンギーナ	19 発熱
	3 へん桃炎	13 手足口病	20 下痢
	4 気管支炎	14 水痘	21 おう吐
	5 ぜん息・ぜん息性気管支炎	15 急性腸炎	22 咳
	6 流行性耳下腺炎	16 中耳炎・外耳炎	23 ぜん鳴
	7 インフルエンザ	17 流行性角結膜炎	24 発しん
	8 RSウイルス感染症	18 その他	25 その他
	9 ヒトメタニューモウイルス感染症	()	()
	10 百日咳		
利用区分 番号に○	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 1 病児保育 2 病児保育（利用当日に解熱状態であれば病後児保育とする。） 3 病後児保育		
治療経過			
現在の処方			
備考			

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名



※大田原市に住所を有する方への診療情報提供書は保険診療扱いとなります。（月1回限り。）

大田原市長 様

申込者 住所
(保護者)
氏名

大田原市病児・病後児保育事業利用申込書

大田原市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり診療情報提供書を添付して申し込みます。

利用児童	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名	年齢	歳 か月
利用希望施設			
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		
利用の理由	1 保護者の勤務の都合 2 保護者の傷病 3 冠婚葬祭 4 その他 ()		
送迎予定者	1 父 2 母 3 祖父母 4 その他 () 送迎する方の電話番号 ()		
<p>お子さんの様子についてお答えください。</p> <p>【症状】該当するものに○を付けてください。</p> <p>発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 ()</p> <p>○いつからこの症状が始まりましたか。(月 日から)</p> <p>○投薬を受けていますか。(いる・いない)</p> <p>○常備薬を飲んでいますか。(いる ※病名 [] 薬剤名 [] ・いない)</p> <p>○昨夜の就寝時間 (時 分頃) 今朝の起床時間 (時 分頃)</p> <p>○寝ている時の様子 ()</p> <p>○朝食・() 時頃食べた [内容:] ・食べていない ・ミルクのみ ※食欲の有無 (普通・不良)</p> <p>○最後の尿と便の時間・尿 () 時頃・便 () 日 () 時頃 (固・普・軟・水様)</p> <p>○体温・昨夜 () °C ・今朝 () °C</p> <p>○解熱剤・使用していない・使用した () 回 最後の使用は () 時頃で () °C ※普段解熱剤を使用する体温 () °C</p> <p>○お子さんへの薬の飲みませ方・そのまま・白湯に溶かす・() に混ぜる</p> <p>○いつものお昼寝の寝かせ方・おんぶ・さすりながら・抱っこ・一人で寝る</p> <p>○オムツとトイレの状況・常時オムツ・昼寝のみオムツ・トイレトレーニング中・オムツ使用無し</p> <p>○その他 食事の状況(離乳の状況、アレルギーのための除去食等の食事制限)、体質、配慮して欲しいこと(薬物アレルギー、既往歴)等 ()</p>			
※市記入欄	1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯		