

診療情報提供書

年 月 日

安中市長 様

病後児保育の利用に伴い、利用者の診療情報を次のとおり提供します。

フリガナ 利用者氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日 歳 月	性別	男 ・ 女
住所及び 電話番号				保護者 の氏名	
傷病名 及び症状					
診療形態	初発年月日 年 月 日 入院の有無 (有り ・ 無し) 入院の期間 年 月 日から 年 月 日まで				
服薬状況					
経過状況					
保育上の 留意事項	活動の範囲	1 ベッド上 2 室内 3 外出可			
	食事	1 普通食 2 全かゆ 3 制限食			
	感染症	1 有り(疾病名) 2 無し			
	その他				

備考 太枠内は、保護者の方が記入してください。

上記の者は、病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医師氏名

