

様式第4号（第11条、第22条関係）

市川市病児対応型兼病後児対応型事業情報提供書

年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
FAX 番号
医師名

（医療機関の医師記入欄）※該当項目にチェックしてください。

- 病児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にないことを次のとおり診断しました。
 病後児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にあることを次のとおり診断しました。

（保護者記入欄）

児 童 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日生（満 歳）		
住 所			
保 護 者 名		連絡先	

（医療機関の医師記入欄）※該当項目にチェックしてください。

1 回復期にある。 2 回復期ではない。	
病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒症候群 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎(嘔吐・下痢) <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 骨折等の外傷性疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 次の疾患については、他のお子様に感染する可能性がある期間が経過した状態であることが必要です。また、必ず登園許可書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 </div>
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）
食事に関する特別な指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
薬の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 薬剤アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） ※ 薬を処方する場合は、薬剤情報書等の添付又はその内容を記載してください。
その他の注意事項	

※ この文書は、保険診療（診療情報提供料 I）の扱いとなります。