

# 診療情報提供書（利用連絡書）

足利市長 あて

病児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します

氏名	
性別	(男・女)
生年月日	年 月 日 生
住所	足利市
電話番号	( )

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿 痂 疹	＜病名不明のとき＞ 21 発 熱 22 下 痢 23 嘔 吐 24 咳 嗽 25 喘 鳴 26 発 疹 〔 〕
	02 咽 頭 炎	12 突 発 性 発 疹	
	03 扁 桃 腺 炎	13 手 足 口 病	
	04 気 管 支 炎	14 流 行 性 耳 下 腺 炎	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 麻 疹	
	06 消 化 不 良 症	16 水 痘	
	07 感 冒 性 嘔 吐 症	17 風 疹	
	08 自 家 中 毒 症	18 熱 傷	
	09 中 耳 炎 ・ 外 耳 炎	19 骨 折	
	10 結膜炎(流角結を含む)	20 そ の 他	
診 療 形 態	1 外 来 2 往 診 3 入 院 ( 年 月 日 )		
発 症 年 月 日	年 月 日		
初 診 年 月 日	年 月 日		
初 発 / 再 発	1 初 発 2 再 発 ( 年 月 日初発)		
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)			

年 月 日  
医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印

(市提出用)

足 利 市

# 診療情報提供書（利用連絡書）

足利市長 あて

病児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します

氏名	
性別	(男・女)
生年月日	年 月 日生
住所	足利市
電話番号	( )

病名・症状 (番号に○)	10 感冒・感冒様症候群	12 膿 痂 疹	<病名不明のとき> 21 発 熱 22 下 痢 23 嘔 吐 24 咳 嗽 25 喘 鳴 26 発 疹
	11 咽 頭 炎	21 突 発 性 発 疹	
	12 扁 桃 腺 炎	22 手 足 口 病	
	13 気 管 支 炎	23 流 行 性 耳 下 腺 炎	
	14 喘息・喘息性気管支炎	24 麻 疹	
	15 消 化 不 良 症	25 水 痘	
	16 感 冒 性 嘔 吐 症	26 風 疹	
	17 自 家 中 毒 症	27 熱 傷	
	18 中 耳 炎 ・ 外 耳 炎	28 骨 折	
	10 結膜炎(流角結を含む)	29 そ の 他 ( )	
診 療 形 態	1 外 来 2 往 診 3 入 院 ( 年 月 日)		
発 症 年 月 日	年 月 日		
初 診 年 月 日	年 月 日		
初 発 / 再 発	1 初 発 2 再 発 ( 年 月 日初発)		
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項 (安静・食事・特異体質等)			

年 月 日  
医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印

(医療機関控用)

足利市