様式４号（第８条関係）

年　　月　　日

病　児・病　後　児　保　育　連　絡　票（診療情報提供書）

熊　本　市　長（宛）

医療機関　住　所
名　称
医師名　　㊞
電話番号　（　　－　　－　　）
FAX番号　（　　－　　－　　）

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

ふりがな 児 童 氏 名	男 女	生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
住　　所	熊本市　　区		
病　　名			
病　　状	□急性期（発熱）□回復期（解熱・微熱等）	全身状態：□良い□あまり良くない	
治療経過・内容等 （簡単にお書きください）	○次回診療予定：　　年　月　日		
服　　薬	薬 剤 名 ・ 何 日 分 ・ 投 与 方 法 等		
	服薬　：　無　・　有		
既 往 症	□麻疹　□風疹　□水痘　□突発性発疹　□流行性耳下腺炎　□伝染性紅斑 □百日咳　□熱性けいれん　□その他（　　）		
隔　　離	□必要　□必要なし		
安 静 度	□ベッド上安静　□室内安静　□室内保育（室内で普通どおり遊んで良い）		
食 事	□ミルク　□離乳食（前期・中期・後期）□幼児食　□下痢食 ※アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参		
病児保育利用見込	□３日程度　□１週間程度　□その他（　日程度）		
アレルギー	無　・　有（　　）		
予防接種の状況	□ヒブ　□肺炎球菌　□５種混合　□４種混合　□３種混合　□ポリオ　□ＢＣＧ □ MRワクチン〔麻疹風疹混合〕　□水痘　□日本脳炎　□ロタウィルス □おたふくかぜ　□B型肝炎　□インフルエンザ（　年　月接種）		
その他留意事項			

＊上記は診療情報提供書（Ｉ）注２（保険点数２５０点）が適用され、月1回は健康保険適用となります。

＊この様式は熊本市が委託又は熊本市と協定締結している病児・病後児保育施設に提出する場合にのみ利用できます。