

別記様式第2号(第10条関係)

病児・病後児保育事業用(診療報酬適用外)

診 療 情 報 提 供 書

(宛先)栃木市長

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳 か月
住 所	栃木市	電 話 番 号	

病状・症状 番号に○	01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	(病気不明のとき)	
	02 咽頭炎	12 突発性発疹症		20 発 熱
	03 扁桃腺炎	13 手足口病		21 下 痢
	04 気管支炎	14 りんご病(伝染性紅斑)		22 嘔 吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		23 咳 痰
	06 消化不良症	16 水 痘		24 喘 鳴
	07 感冒性嘔吐症	17 百 日 咳		25 発 疹
	08 自家中毒症	18 風 疹		
	09 中耳炎・外耳炎	19 その他 [ ]		
	10 結膜炎(流角結を含む。)			
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院( 年 月 日)			
発症年月日	年 月 日			
受診年月日	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

〔 自署しない場合は、記名押印してください。 〕  
〔 法人の場合は、記名押印してください。 〕