

様式第3号（第5条関係）

鹿沼市病児・病後児保育事業診療情報提供書（利用連絡書）

（保護者記入欄）

乳幼児氏名		生年月日	年 月 日
住 所	鹿沼市	電話番号	TEL ー
利用期間	年 月 日 から 月 日まで		

（主治医記入欄）

病名・病状 番号に○	01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	（病名不明のとき） 20 発 熱 21 下 痢 22 嘔 吐 23 咳 痰 24 喘 鳴 25 発 疹
	02 咽 頭 炎	12 手 足 口 病	
	03 扁 桃 腺 炎	13 りんご病（伝染性紅斑）	
	04 気 管 支 炎	14 流行性耳下腺炎	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 水 痘	
	06 消化不良症	16 百 日 咳	
	07 感冒性嘔吐症	17 風 疹	
	08 自家中毒症	18 その他	
	09 中耳炎・外耳炎	()	
	10 結膜炎（流角結を含む）		

特に注意すべき事柄や指示がありましたら、記入をお願いします。
 （食事・特異体質・薬の使用他）
 <例> ・喘息発作時吸入液（薬品名 ）○ml、使用間隔△時間ごと
 ・□℃以上の時解熱剤（薬品名 ）○mg、使用間隔◎ごと

鹿沼市病児・病後児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印