

青森市病児一時保育事業診療情報提供書

青森市長 あて

病児一時保育の利用に当たり、必要な情報について提供いたします。

**（保護者記入欄）** 保護者の方が記入してください。

児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
住 所				
保護者氏名		電話番号		

**（医療機関記入欄）**

病 名	
主な症状	【発熱、咳、下痢、嘔吐など】
処方内容	<input type="checkbox"/> 有 「お薬手帳を参照」 <input type="checkbox"/> 無
その他 連絡事項	【安静度や食事に関する特別な指示など】
診察の結果、現時点で入院の必要性は認められず、病児一時保育の利用が可能と思われ ます。  年 月 日  医療機関名 電 話 番 号 医 師 名 印	

＜主治医の先生へお願い＞

この診療情報提供書は、上記児童が青森市病児一時保育所を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。必要事項をご記入の上、保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

なお、書類作成にかかる費用は、診療情報提供料（Ⅰ）でお取り扱い願います。

※ 発行日を含めて7日間有効です。

お問い合わせ先 青森市福祉部 子育て支援課 電話 017-734-5330