診　療　情　報　提　供　書

年　　月　　日

医療機関　所在地
　　名　称
担当医師　氏　名　　㊞
　　電　話

患者氏名		性別	男　・　女
病　　名			
診察結果 ※１・２のいずれかに○をつけてください。	1　上記病気の回復期に至らないが入院の必要はなく、当面の症状の急変が認められないため、**病児保育室（あんず保育所）の利用は可能である。**		
	2		
保育上の留意点 ※１・２のいずれかに○をつけてください。	1　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 2　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） その他連絡事項 〔　　〕		
保育期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
食　　事	普　通　・　制限食（　　）		

※与薬が必要な場合（薬の処方内容について、該当するものには○印を、特記事項がある場合はご記入ください。）

	1	2	3
形状・与薬量	散（　　袋／回） ｼﾛｯﾌﾟ（　　） 錠剤（　　） 軟膏（　　） 坐薬（　　） その他 （　　）	散（　　袋／回） ｼﾛｯﾌﾟ（　　） 錠剤（　　） 軟膏（　　） 坐薬（　　） その他 （　　）	散（　　袋／回） ｼﾛｯﾌﾟ（　　） 錠剤（　　） 軟膏（　　） 坐薬（　　） その他 （　　）
効果・種類	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 解熱剤 鎮痛剤 その他 （　　）	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 解熱剤 鎮痛剤 その他 （　　）	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 解熱剤 鎮痛剤 その他 （　　）
与薬時間	食前　　食後 その他 （　　）	食前　　食後 その他 （　　）	食前　　食後 その他 （　　）
特記事項			

注）文書料として、６００円（消費税込み）を医療機関にお支払いください。
（一宮市外の医療機関については取扱が異なりますので当該医療機関にお尋ねください）