様式第２号（第５条関係）

診療情報提供書

鳥栖市長　　様

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">男
・
女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日
（　歳　月）</td></tr>
<tr><td>児童氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>傷 病 名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>症　状</td><td colspan="4">発熱　・　下痢　・　嘔吐　・　咳　・　発疹
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>診療形態</td><td colspan="4">１　通院　　２　入院（　　年　月　日から　　年　月　日まで）</td></tr>
<tr><td>発症年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>初診年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>臨床経過
・治療等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>現 在 の 投
薬状況</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保 育 上 の
留意事項
（安静・食
事・特異体
質等）</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

本児童は、病後児保育事業を利用することに差し支えありません。

年　月　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿