

保護者記入欄	児童	(ふりがな)	しばた はなこ	性別	男・ <b>女</b>
		氏名	新発田 花子		
		生年月日	平成・令和 ●年 ●●月 ●●日 ( ● 歳 ● か月又は小学校 年生)		
		住所	新発田市中心街●丁目●番●号		
保護者氏名		新発田 一郎			

上記児童の病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり診療情報を提供いたします。

医師記入欄 (番号に○又は病状治療既往症等に記入)	傷病名	1 上気道炎(かぜ症候群) 2 扁桃炎 3 クループ症候群 4 気管支炎・肺炎 5 喘息性気管支炎 6 気管支喘息 7 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・アデノ・細菌・不明)	8 溶連菌感染症	15 水痘 16 風疹 17 麻疹 18 伝染性膿痂疹 19 流行性角結膜炎 20 中耳炎 21 その他の疾患 ( )
	病状治療既往症等	1 発熱 2 咳嗽 3 喘鳴 4 鼻水	5 嘔吐 6 頭痛 7 腹痛 8 下痢	9 発疹 10 その他症状 ( ) 11 迅速検査実施状況 ( コロナ(抗原・PCR)(+/-) インフル(+/-) その他(検査名) (検査結果) ) 12 その他特記すべきこと ( )
	児童等の状況	(児童の発育・発達・情緒等で特筆すべき内容がある場合記入)		
	隔離の必要	1 必要		2 不要
安静度	1 安静が必要 (ベッド上等で安静)		2 室内安静 (他児と静かな遊びは可)	3 特になし (他児と普通に遊んでよい)

用紙を持参して  
かかりつけの先生に  
記入してもらいます。  
※各自でコピーをしてお持ちください。

診断の結果、入院の必要はないが  
育は困難であると認めます。

令和 年 月 日

新発田市長 様

必ず記入して施設に提出してください。

連絡先①・②を必ず記入してください。

減免を受ける場合は、必ず添付書類を提示・お申し出ください。

(注) この診療情報提供書の診療報酬は、診療情報提供料Ⅰの点数です。

登録証に記載してあります。新発田市病児・病後児保育事業 利用申込票

新発田市病児・病後児保育事業施設の利用にあたり、次のとおり申し込みます。

保護者記入欄	登録No.	●●-●●		令和 ●年 ●●月 ●●日		
	利用希望期間	令和 ●年 ●●月 ●●日	～	令和 ●年 ●●月 ●●日		
	緊急連絡先	①	氏名	新発田 一郎 (父)	電話番号	000-0000-0000
		②	氏名	新発田 あやめ (母)	電話番号	00-0000
減免を受ける場合は、必ず利用受付時に下記該当欄に☑を付け、添付書類を提示してください。						
<input type="checkbox"/> 負担額の免除を受けたいので、生活保護受給者証を提示し申し込みます。						
<input type="checkbox"/> 負担額の減額を受けたいので、世帯全員の市町村民税非課税証明書等の証明書類を提示し申し込みます。						