

様式第3号（第8条関係）

診療情報提供書

大田原市長 様

（保護者記入欄）

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	か月
対象者名						
生年月日	年 月 日	電話番号				
住所	大田原市					

（主治医記入欄）

病名・症状 番号に○	1	感冒・感冒症候群	11	溶連菌感染症	(病名不明) 19 発熱 20 下痢 21 おう吐 22 咳 23 ぜん鳴 24 発しん 25 その他 () ()
	2	咽頭炎	12	ヘルパンギーナ	
	3	へん桃炎	13	手足口病	
	4	気管支炎	14	水痘	
	5	ぜん息・ぜん息性気管支炎	15	急性腸炎	
	6	流行性耳下腺炎	16	中耳炎・外耳炎	
	7	インフルエンザ	17	流行性角結膜炎	
	8	RSウイルス感染症	18	その他	
	9	ヒトメタニューモウイルス感染症	()	()	
	10	百日咳			
利用区分 番号に○	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 1 病児保育 2 病児保育（利用当日に解熱状態であれば病後児保育とする。） 3 病後児保育				
治療経過					
現在の処方					
備考					

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名



※大田原市に住所を有する方への診療情報提供書は保険診療扱いとなります。（月1回限り。）