様式第４号

北九州市病児保育事業の利用（変更）に係る
主治医意見書（診療情報提供書）

北九州市長　様　　発行日：　　年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
医 師 氏 名

北九州市病児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

患 者 氏 名		性　別	（　男　・　女　）
患者生年月日	年　　月　　日（満　　歳）		
患 者 住 所			
電 話 番 号		保護者氏名	

病名・症状 （ 番 号 に ○ ）	01　急性上気道炎 02　気管支炎・肺炎 03　喘息・喘息性気管支炎 04　急性胃腸炎 05　周期性嘔吐症（自家中毒症） 06　突発性発疹症 07　手足口病 08　伝染性紅斑（りんご病） 09　流行性耳下腺炎	10　麻しん 11　水痘 12　風しん 13　インフルエンザ 14　溶連菌感染症 15　中耳炎 16　結膜炎（流角結を含む） 17　伝染性膿痂疹（とびひ） 18　その他（　　）
	〈病名不明のとき〉 19　発熱　20　下痢　21　嘔吐　22　咳嗽 23　喘鳴　24　発疹　25　その他（　　）	
診　療　形　態	１外来　２往診　３入院（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）	
既往歴、治療経過及び症状経過		
事業の利用（変更）を必要と認める期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　日間）	
現在の投薬処方		
その他特記事項	（病状、安静度、投薬に関する処方内容、食事に関する指示内容を具体的に）	

※北九州市病児保育事業の利用（変更）の申請には、この主治医意見書が必要です。
ただし、原則、利用する病児保育室（事業を実施する医療機関）で診察を受けた場合、
主治医意見書は不要です。