

小平市病児・病後児保育室診療情報提供書

小平市長 殿

医療機関 名 称  
所在地  
電話番号  
医 師 名

㊟

病児・病後児保育事業の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

<保護者記入欄>

児 童 名	( 男・女 )	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )
住 所			
保護者氏名		電話番号	

<医療機関記入欄>

病児・病後児保育の利用 (○印)	可		不可	
病 状 (○印)	1 急性期 (病児保育)		2 回復期 (病後児保育)	
病 名 (○印)	0 1 急性上気道炎	0 7 咽頭結膜熱	主な症状	
	0 2 気管支炎・肺炎	0 8 水痘		
	0 3 ぜん息発作又は ぜん息様気管支炎	0 9 溶連菌感染症	0 1 発熱	
	0 4 感染性胃腸炎	1 0 手足口病	0 2 下痢	
	0 5 インフルエンザ	1 1 ヘルパンギーナ	0 3 おう吐	
	0 6 流行性耳下腺炎	1 2 その他 ( )	0 4 せき	
			0 5 ぜん鳴	
			0 6 発しん	
			0 7 その他 ( )	
隔離 (○印)	要		不要	
安静度 (○印)	1 室内保育(他児と遊んでよい) 2 室内安静(ベッドの生活が主、静かな遊び可) 3 ベッド上			
病状の経過 治療状況等				
既往歴 家族歴	薬・その他の アレルギー (○印)		ある ない	※アレルギーの内容
処方内容	※別紙説明書のとおり (説明書が無い場合は記載してください。)			
その他注意事項				

注1 対象児童の居住する区市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料 (I) を算定できる (250点)。患者1人につき月1回に限り算定する。

2 市が正本を保管し、病児・病後児保育室は写しを保管する。

<病児・病後児保育室記入欄>

病児・病後児保育室登録番号	
---------------	--