

知多市病児・病後児保育事業診療情報提供書

医療機関記入日時 年 月 日
午前 ・ 午後 時 分

知多市長 様

記入医療機関 所在地
名称
担当医師氏名 印
電話
F A X 番号

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり状況についてお知らせします。
なお、記入した個人情報を知多市及び実施施設で共有することを承諾します。

保護者記入欄	(ふりがな) 児童氏名	()	性別	男 ・ 女	
	児童生年月日	年 月 日生 (歳 か月)			
	児童住所				
	保護者氏名		電話番号		
医療機関記入欄	診療情報提供書の有効期間 3日間				
	傷病名 (該当事項に○)	01 感冒・感冒様症候群	06 喘息		
		02 咽頭炎	07 喘息性気管支炎		
		03 扁桃炎	08 中耳炎・外耳炎		
		04 気管支炎	09 伝染性膿痂疹 (とびひ)		
		05 肺炎	10 突発性発疹症		
		診療情報提供書の有効期間 7日間			
		11 インフルエンザ()型	19 溶連菌感染症		
		12 百日咳	20 手足口病		
		13 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	21 伝染性紅斑(リンゴ病)		
14 風しん(三日はしか)		22 ヘルパンギーナ			
15 咽頭結膜熱(プール熱)	23 流行性嘔吐下痢症				
16 髄膜炎菌性髄膜炎	24 R S ウィルス感染症				
17 腸管出血性大腸菌感染症	☆ 結核・麻疹・水痘(水ぼうそう) ⇒ 施設の利用はできません。				
18 流行性角結膜炎					
その他()					
主な症状 (該当事項に○)	01 発熱	02 下痢	03 嘔吐	04 咳嗽 05 喘鳴 06 発疹	
隔離の必要性 (該当事項に○)	1. 必要 2. 不要				
安静度 (該当事項に○)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)				
処方内容	水薬・粉薬・錠剤(薬品名)数量 食前・食間・食後・ 時間毎 水薬・粉薬・錠剤(薬品名)数量 食前・食間・食後・ 時間毎 その他(具体的に:)				
その他 連絡事項					

備考1 対象児童が知多市に居住しており、知多市に情報提供をした場合に、診療情報提供料(I)の注2を算定することができる。(250点) 患者1人につき月1回に限り算定する。

備考2 診療情報提供書の有効期間は、記入日より原則3日間とする。

備考3 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。