

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

東海市長 様

(記入医療機関)

名 称  
所 在 地  
電 話 番 号  
医 師 氏 名

(医師氏名欄については、自署または記名押印のみ有効とする。)

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お東海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		性別	男 ・ 女
	児童氏名			
	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	傷病名 (該当事項に○)	01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃炎 04 気管支炎 05 肺炎 06 喘息 07 中耳炎・外耳炎 08 伝染性膿痂疹 (とびひ) 09 突発性発疹症 10 インフルエンザ ( ) 型 11 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 12 風しん (三日はしか) 13 咽頭結膜熱 (プール熱) 14 流行性角結膜炎 15 溶連菌感染症 16 手足口病 17 伝染性紅斑 (リンゴ病) 18 ヘルパンギーナ 19 流行性嘔吐下痢症 20 RSウイルス感染症 ※ 結核・麻疹・水痘 (水ぼうそう) ⇒ 施設の利用はできません。
	病名不明時	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、静かな遊びは可) 3. 室内保育 (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 : ) お薬手帳参照
	病児・病後児保育を 必要とする期間	年 月 日 から 年 月 日 ( 日間)
	再診予定の有無 (該当事項に○)	1. 有 (次回診察予定 : 月 日) 2. 無
	医 師 所 見	

備考1 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。

備考2 対象児童が東海市に居住しており、東海市に情報提供をした場合に、診療情報提供料 (I) を算定することができる。

備考3 処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬の説明書またはお薬手帳を添付し利用申請すること。