

病児・病後児保育 診療情報提供書

小浜市長 殿

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名



病児 急性回復 期にある児童が 病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、
次のとおり診療情報を提供いたします。

太枠内は、保護者の方がご記入ください

| | | | |
|-------|-----|------------------|---------|
| 児童氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 | 日生 | (歳 カ月) |
| 住所 | | | |
| 保護者氏名 | | 電話番号 (緊急時連絡先) | |

| | |
|--|---|
| 傷病名 (○印をおつけいただくか、「その他」に記入をお願いします) | 1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 喘息・喘息性気管支炎 4. 感染性胃腸炎 5. 突発性発疹症 6. 手足口病 7. ヘルパンギーナ 8. 風疹 9. 流行性耳下腺炎 10. 水痘 11. インフルエンザ 12. 溶連菌感染症 13. 中耳炎 14. 膿痂疹 15. その他 () |
| 現在の投与処方 | 与薬方法：食前・食間・食後・指定時間 (時間毎) 投薬品名： 解熱剤使用：なし ・ あり (日 時) |
| 隔離 | 1. 要 2. 不要 |
| 医師所見 | 診断の結果、現時点での入院の必要性は、認められません。 |
| 既往歴及び家族歴 | |

* この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料 (I) を算定できます。