

# 診 療 情 報 提 供 書

病児保育室あおぞら 園長 宛

病児保育の利用にあたり、次のとおり情報を提供いたします。

**【保護者記入欄】**

ふりがな		性別	生年月日
児童氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
住所	〒 -	保護者氏名	ふりがな
電話	( )		
病児保育利用希望期間		年 月 日 から	月 日まで

**【主治医記入欄】**

診断・症状	01 急性上気道炎・感冒	11 手足口病	〈診断不確定のとき、症状〉 21 発熱 22 嘔吐 23 下痢症 24 腹痛 25 発疹 26 咳嗽 27 その他 ( )
	02 下気道炎(気管支炎・肺炎)	12 溶連菌感染症	
	03 中耳炎	13 気管支喘息	
	04 結膜炎	14 外傷	
	05 胃腸炎	( )	
	06 インフルエンザ(A・B)	15 その他	
	07 水痘	( )	
	08 流行性耳下腺炎		
	09 咽頭結膜熱		
	10 ヘルパンギーナ		
病期	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期		
隔離	<input type="checkbox"/> 隔離室で保育 <input type="checkbox"/> 他疾患の児童と同室可		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 (主にベッド上で過ごすが、他児と静かな遊びは可能) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
与薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ( ) 1日 回 食前・食後(朝・昼・夕) その他指示: ( )		
備考	※保育上注意する点などあればご記入ください。  <div style="text-align: right;">(次回診療予定日 月 日)</div>		
年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名			

**主治医の先生へ**

この書類は、利用児童が病児保育を受けるために必要な事項を情報提供いただくものであり、診療情報提供料(I)を月1回算定できます。