

様式第4号(第9条関係)

診療情報提供書(病後児保育事業用連絡票)

年 月 日

蓮田市長 宛て

医療機関 所在地
 名 称
 電話番号
 担当医師 氏 名 印

次の児童について、病気等の回復期にあたるため、病後児保育事業の利用が可能と認めますので診療情報を提供します。

児 童 氏 名 生年月日・性別	年 月 日生 (男・女)
病 名 ・ 症 状 (番号に○印)	01 感冒・感冒様症候群 11 溶連菌感染症 02 咽頭炎 12 手足口病 03 扁桃腺炎 13 伝染性紅斑(リンゴ病) 04 気管支炎 14 伝染性膿痂疹(とびひ) 05 喘息・喘息性気管支炎 15 突発性発疹 06 中耳炎・外耳炎 16 感染性胃腸炎 07 結膜炎(流行性角結膜炎を含む) 17 ヘルパンギーナ 08 インフルエンザ(A・B) 18 RSウイルス感染症 09 百日咳 19 マイコプラズマ肺炎 10 流行性耳下腺炎 20 その他 ()
	(主な症状) 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳嗽 ・ 喘鳴 ・ 発疹 その他 ()
既往歴・治療経過 症 状 経 過	
安 静 の 度 合 い	01 ベット上安静 02 安静室で隔離 03 室内安静 (ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 04 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
処 方 内 容	
保 育 上 の 留 意 点 (指 示 事 項)	※食事指示やアレルギー等で特記する内容があれば記入してください。

※この書類は、市内に在住する患者(児童)が病後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)**を算定できます(患者1人につき月1回限り)。