

診療情報提供書

病児保育室かめさん

施設長様

病児・病後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 児童氏名		男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 令和 (歳 ヶ月)
住所		ふりがな	
電話	()	保護者氏名	
携帯電話	()		

(主治医記入欄)

診断・症状 ※該当する番号に○をお願いします		
01 上気道炎・感冒	11 手足口病	《診断不確定の時、症状》
02 下気道炎(気管支炎・肺炎)	12 溶連菌感染症	21 発熱
03 中耳炎	13 気管支喘息	22 嘔吐
04 流行性角結膜炎(はやり目)	14 外傷()	23 下痢
05 急性胃腸炎(嘔吐下痢症) ()	15 R S感染症	24 腹痛
06 インフルエンザ(A・B)	16 急性喉頭炎	25 発疹
07 水痘	17 ヒトメタニューモウイルス	26 咳嗽
08 流行性耳下腺炎	18 その他 ()	27 その他 ()
09 咽頭結膜熱		
10 ヘルパンギーナ		
病期	01 急性期(発熱等) 02 回復期 ⇨該当する番号に○をお願いします	
与薬	無し・有り() その他 1日 回食前・食後(朝・昼・夜)	
安静度	※安静度や隔離の観点で注意する点など何かありましたらご記入をお願いします	
次回、貴医療機関診察予定日	令和 年 月 日、もしくは()日後	
令和 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・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(250)点算定できます。

【問い合わせ先】病児保育室かめさん：027-329-7505