

様式第2号

あいわ保育園病後児保育事業診療情報提供書（利用連絡票）

施設長 様

病後児保育の利用について、情報提供致します。

（保護者記入欄）保護者の方が記入してください。

児童氏名		性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日生	（満 歳 ヶ月）	
住所			
保護者氏名		電話番号	

（医療機関記入欄）

病名・症状 （該当に○）	01 感冒・咽頭炎	02 アデノウイルス感染症
	03 扁桃腺炎	04 気管支炎
	05 喘息・喘息性気管支炎	06 マイコプラズマ感染症
	07 ヘルパンギーナ	08 胃腸炎（ウイルス性、細菌性）
	09 中耳炎・外耳炎	10 結膜炎（流角結を含む）
	11 伝染性膿痂疹	12 突発性発疹
	13 手足口病	14 溶連菌感染症
	15 流行性耳下腺炎	16 麻疹
	17 風疹	18 水痘
	19 百日咳	20 インフルエンザ（A、B）
	21 R S ウィルス感染症	22 その他（ ）
	病名が不明の時	
	22 発熱	23 発疹
	24 嘔吐・下痢	25 咳嗽・喘鳴
	26 その他（ ）	
薬の処方	01 処方あり（お薬手帳を参照）	02 なし
医師の意見	◎ 保育に係る診療情報（既往疾患やアレルギーなど）	
	病後児保育利用 可 ・ 否	

診察の結果、現時点で容態の急変は認められず、病後児保育の利用が可能と思われます。

年 月 日 医療機関名

電話番号

医師名

印

※ この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料(I)として記入下さい。

（患者1人につき月1回に限り250点を算定）