

浦安市長 様

浦安市病児・病後児保育診療情報提供書

医療機関 住所  
 名称  
 医師名 印

病児・病後児保育事業の利用を申請するのにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

【保護者記入欄】

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 歳 月
住 所	〒		
保護者氏名	続柄 ( )	電話番号	( )

【医療機関記入欄】

該当する病名・病状に○印をお願いします			
1 感冒様症候群	11 乳児嘔吐下痢症	21 その他	
2 流行性耳下腺炎	12 消化不良	( )	
3 水痘	13 結膜炎		
4 流感様感冒	14 麻疹予後		
5 気管支炎	15 手足口病		
6 扁桃腺炎	16 伝染性紅斑 (リンゴ病)		
7 濃か疹 (とびひ)	17 突発疹		
8 感冒性胃腸炎	18 湿疹	※「麻疹」「流行性角結膜炎」の 場合は、病児・病後児保育室の 利用ができません。	
9 中耳炎	19 蕁麻疹 (じんましん)		
10 風疹	20 ヘルパンギーナ		
隔離室利用の必要	あ り ・ な し		
病児保育室利用見込み期間	月 日より 日間程度 (限度6日間)		
食 事	普通食・胃腸食・離乳食 (前期・中期・後期)・ミルクのみ		
	留意点 なし・あり ( )		
処方内容	与薬時間：食前・食間・食後・その他 ( )		
	薬品名・用量・用法		
抗痙攣剤	使用しない・使用する (薬品名 ℃以上 )		
解 熱 剤	使用しない・使用する (薬品名 ℃以上 )		
その他注意 事 項			

注) 浦安市の住民基本台帳に登録された子どもについて、浦安市宛に情報提供をした場合に診療情報提供 (I) を算定することができます。