

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		病名不明のとき
1 咽頭炎・上気道炎	11 結膜炎*	19 発熱
2 流行性耳下腺炎*	12 手足口病*	20 下痢*
3 水痘・带状疱疹*	13 突発性発疹	21 嘔吐*
4 インフルエンザ*	14 ヘルパンギーナ*	22 咳嗽(がいそう)
5 気管支炎	15 喘息・喘息様気管支炎	23 発疹・湿疹*
6 扁桃炎	16 アデノウイルス感染症*	24 その他
7 伝染性膿痂疹*	17 溶連菌感染症*	()
8 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢)*	18 その他	*隔離室利用となる病名
9 中耳炎	()	
10 風疹*	※「麻疹」「流行性角結膜炎」の場合、病児・病後児保育室の利用は出来ません。	
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。