

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 咽頭炎・上気道炎	11 手足口病	病名不明のとき	
2 扁桃腺炎	12 ヘルパンギーナ	21 発熱	
3 気管支炎	13 アデノウイルス感染症	22 下痢	
4 喘息・喘息様気管支炎	14 流行性耳下疱疹	23 嘔吐	
5 感染性胃腸炎（嘔吐・下痢）	15 水泡・帯状疱疹	24 咳嗽	
6 自家中毒	16 百日咳	25 喘息	
7 中耳炎・外耳炎	17 風疹	26 発疹	
8 結膜炎	18 溶連菌感染症	27 その他 ( )	
9 突発性発疹症	19 インフルエンザ		
10 伝染性膿痂疹	20 その他 ( )		
※「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。			
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。