

病後児保育施設利用に係る診療情報提供書

目黒区長 あて

医療機関 所在地 目黒区柿の木坂 ○-△-X
 名称 フェアリー・ぼーど病院
 医師名 フェアリー 桃子
 電話番号 XXX-XXX-XXX



※この書類は医療機関が
記入してください。

病後児保育の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

ふりがな	たろう	男	生年	平成 ○ 年 X 月 △ 日	
児童氏名	アソシエ 太郎	女	月日		
住所	目黒区 柿の木坂 X-○-△		電話番号 XXX-XXX-XXX		
病名	01. 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	主な症状 ○1 発熱 02 下痢 03 嘔吐 ○4 咳 05 喘鳴 06 発疹 07 その他 ()		
	○2 咽頭炎	12 突発性発疹			
	03 扁桃腺炎	13 手足口病			
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)			
	05 喘息・喘息様気管支炎	15 流行性耳下腺炎			
	06 消化不良症	16 麻疹			
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘			
	08 自家中毒症	18 百日咳			
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹			
	10 結膜炎(流角結含む)	20 その他 ()			
		21 病名不明			
病状	1. 急性期 (病後児保育の利用 可・不可)		2. ○回復期		
症状の経過 治療状況等	※主な対象は回復期ですが、急性期であっても病後児保育の利用可に ○があればお預かりできます。				
安静度	1. ○室内保育		2. 室内安静		3. 隔離を要する
既往歴	↳当施設には隔離室はございません。 "隔離を要する"場合はお預かりできません。				
家族歴					
食事に関する 特別な指示	なし				
処方内容	あり (留意点がある場合は記入してください。)				
	与薬時間	食前	食間	○食後	その他 ()
薬品名・用品・用法 当施設での与薬がある場合には、必ず記入してください。					
その他注意事項 保育にあたっての留意点がある場合は記入してください。 利用期間が過ぎている場合、お預かりできませんのでご注意ください。					
病後児保育利用期間 本日より 5 日間程度と見込みます。(7日限度)					

注1 対象児童の居住する区市町村あてに情報提供をした場合に診療情報提供料 (I) を算定することができる。(250点)
患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 区市町村が正本を保管し、病後児保育実施施設は写しを保管すること。