

令和 年 月 日

病児・病後児保育 医師連絡票

清瀬市長 殿

医療機関 住所
 名称
 電話番号
 医師名 ㊟

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。(該当に☑する)

- 病児保育利用：当面の症状の急変が認められず、入院の必要がない児童であること
- 病後児保育利用：病気の回復期で、他児に感染する恐れがなく、集団生活が可能であること

(保護者記入欄)

児 童 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
住 所	電 話 番 号			

(医療機関記入欄)

病名・症状 (該当するものに☑チェックをお願いします。)		
<input type="checkbox"/> 1 咽頭炎・上気道炎 <input type="checkbox"/> 2 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 3 気管支炎 <input type="checkbox"/> 4 肺炎 <input type="checkbox"/> 5 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 6 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢) <input type="checkbox"/> 7 自家中毒 <input type="checkbox"/> 8 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 9 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 10 結膜炎 <input type="checkbox"/> 11 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 12 RSウイルス	<input type="checkbox"/> 13 アデノウイルス <input type="checkbox"/> 14 ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 15 手足口病 <input type="checkbox"/> 16 水痘 <input type="checkbox"/> 17 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 18 インフルエンザ <input type="checkbox"/> 19 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 20 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 21 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 22 骨折 <input type="checkbox"/> 23 火傷 <input type="checkbox"/> 24 その他 []	主な症状(病名不明) <input type="checkbox"/> 1 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 2 下痢 <input type="checkbox"/> 3 嘔吐 <input type="checkbox"/> 4 咳嗽 <input type="checkbox"/> 5 喘鳴 <input type="checkbox"/> 6 発疹 <input type="checkbox"/> 7 その他 []
症状の経過/ 治療の状況等		
既往歴/家族歴		
安静度	<input type="checkbox"/> 1 室内保育 (他児と静かな遊び可) <input type="checkbox"/> 2 室内安静 (ベッドの上での安静が主だが、室内で静かな遊び可) <input type="checkbox"/> 3 隔離を要する <input type="checkbox"/> その他()	
処方内容	与薬方法 : <input type="checkbox"/> 食前・ <input type="checkbox"/> 食間・ <input type="checkbox"/> 食後・ <input type="checkbox"/> その他() 薬 剤 名 : 用 法 : <input type="checkbox"/> 熱性けいれん _____ °C以上でダイアアップ _____ mg使用すること	
食事に関する指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
注 意 事 項		
利用見込期間	受診した本日より ()日間程度 (限度7日間)	※利用可能日数にかかわる重要な情報ですので、必ずご記入をお願いします。

注1 : 対象児童の居住する区市町村宛に情報を提供した場合に、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回限り算定する。
 注2 : 清瀬市が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。