

宝塚市病児保育事業利用紹介書  
(診療情報提供書)

宝塚市長宛

宝塚市病児保育事業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。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所	宝塚市	電話番号	
病名等	<input type="checkbox"/> 感冒、感冒様症候群 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ 型 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 麻疹、シラミ、疥癬について受入不可		
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド上での生活が主。他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ( ) 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 ( )		
配慮を要する事項			
上記の症状は、	1 感冒、消化不良症 (多症候性下痢) 等児童が日常罹患する疾病 2 麻疹、水痘、風疹等の伝染性疾患 3 喘息等の慢性疾患 4 熱傷等の外傷性疾患		
保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 保護者の健康状態 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭		
年 月 日	<医療機関> 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名		
	印		

※宝塚市宛に情報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)。

患者一人につき月 1 回に限り算定する。