

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
病名等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 扁桃炎	(ノロ・その他)	<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 上気道炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症(眼症状なし)	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿瘍疹
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	(アデノ・検査診断なし)	<input type="checkbox"/> 热傷
	<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ_____型	<input type="checkbox"/> 骨折
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 百日咳
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	()
※ 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"/> 哮鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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。静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
投薬	薬剤の処方: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳がない場合は薬剤名を記入してください) 薬剤名:		
配慮を要する事項			
年 月 日		<医療機関>	
		所 在 地	
		名 称	
		電 話 番 号	
		担当医師氏名	

※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。