

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"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (アデノ ・ 検査診断なし) <input type="checkbox"/> 熱傷 <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"/> R S ウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 ()		
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 ()		
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。