

(その2)

佐倉市病児・病後児保育事業診療情報提供書（病後児保育用）

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

医療機関 名称
所在地
電話番号
医師名

印

佐倉市病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、次のとおり提供します。

児童氏名	生年月日		
	年	月	日(生月)
住所	保護者氏名		
病名	01 感冒・上気道炎 02 クループ症候群 03 喘息様気管支炎 04 気管支炎・肺炎 05 中耳炎 06 胃腸炎 07 インフルエンザ 08 百日咳 09 流行性耳下腺炎 10 風疹 11 咽頭結膜炎 12 流行性角膜炎 13 急性出血性結膜炎 14 溶連菌感染症 15 ウイルス性肝炎 16 手足口病 17 伝染性紅斑 18 ヘルパンギーナ 19 マイコプラズマ 20 外傷疾患 ()		
隔離	要 ・ 不要		
病状	体温が解熱剤を使用せず 38℃以下に解熱している。 はい いいえ 前日までの1日の下痢回数が5回以下であり、脱水症状を認めない。 はい いいえ 嘔吐を認めず、経口摂取が可能である。 はい いいえ 呼吸困難症状がない。 はい いいえ 病後児保育が可能な身体状況（病気の回復期）である。 はい いいえ ※上記項目がすべて「はい」でない場合、お預かりできません。		
病状の経過 治療状況等	なし ある ()		
薬・その他の アレルギー	なし ある ()		
既往症 家族歴	なし ある ()		
安静度	室内保育 室内安静 ベッド上		
食事に関する特 別な指示	なし ある ()		
処方内容	※別紙説明書のとおり（説明書がない場合は、ご記入ください。）		
その他注意事項			

注 佐倉市病児・病後児保育事業の利用に当たり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。ただし、患者1人につき月1回に限る。