第２号様式（第５条関係）

病後児保育症状連絡票（診療情報提供書）

　富津市長　　　　　　　　　様

　　年　　月　　日

　　　所在地

医療機関名

医師名

　児童の病後の経過について次のとおり連絡するとともに、病後児保育室の利用について同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入欄 | 児　童 | (ふりがな)氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　　日　(　　歳　　箇月) |
| 保護者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 | 自宅　　　　　　　　　　携帯 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医記入欄 | 症状（病名等） |  |
| 病後児保育室の利用の可否 | 　□利用可（回復期にある。）　□利用不可（回復期にない。） |
| 指示事項 | 隔離の必要 | 　□なし（他児童との相部屋が可能）　□あり※隔離の必要がある場合、利用不可となります。 |
| 保育上の注意 | 　□ベット上安静　□室内安静（ベット上が主、静かな遊びは可）　□室内保育（室内で普通に遊んでよい） |
| 飲食上の注意 | 　□なし　　□あり(　　　　　　　　　　　) |
| 投薬上の注意 | 　□なし　　□あり(　　　　　　　　　　　) |
| 解熱剤の使用 | 　□なし　　□あり(　　　　　　　　　　　) |
| アレルギー | 　□なし　　□あり(　　　　　　　　　　　) |
| その他の注意事項 |  |

※　□の該当箇所にチェックを記入してください。

※　この文書は保険診療の扱いとなり、診療情報提供料（Ⅰ）を患者１人につき月１回限り算定することができます。