

野々市市長 宛

(医療機関) 所在地

名称

電話番号

担当医師

㊞

野々市市病後児保育施設の利用に当たり、次のとおり必要な情報を提供します。

児童 氏名		男 女	生年 月日	年 月 日生 (歳)
病名・ 症状 (番号 に○)	1	感冒・感冒様症候群		9 水痘
	2	急性上気道炎（咽頭、扁桃炎等）		10 風しん
	3	気管支炎、肺炎		11 インフルエンザ（A型 B型 型不明）
	4	喘息、喘息性気管支炎		12 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）
	5	ヘルパンギーナ		13 溶連菌感染症
	6	感染性胃腸炎（ロタウイルス胃腸炎）		14 中耳炎、外耳炎
	7	周期性嘔吐症（自家中毒症）		15 伝染性皮膚疾患
	8	流行性耳下腺炎		16 その他 (病名：)
	(病名不明のとき) 17 発熱 18 下痢 19 嘔吐 20 咳嗽 21 喘鳴 22 発疹			
隔離の要否	要 ・ 否			
安 静 度	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主 室内で静かな遊びは可能） 3 室内保育（他児童と室内で軽い遊びなら良い）			
食事に関する 指 示	1 なし 2 あり ()			
投 薬 処 方 に つ い て	保育室での与薬 (有 ・ 無)			
	種類、薬剤名 及び与薬時間	1 別紙調剤明細書のとおり 2 その他 ()		
利用見込み 期 間	受診日より () 日程度			
その他医師の 指示事項				

注1 患者（児童）の居住する市町（野々市市）に情報提供した場合に、診療情報提供料（I）250点を算定することができます。（患者1人につき月1回に限り算定します。）

注2 病後児保育は、急変の危険性のない回復期にある児童が対象になります。

注3 この診療情報提供書は、病後児保育施設で保管するものとします。