

別記第2号様式(第7条関係)

聖籠町病児・病後児保育事業診療情報提供書

保護者記入欄	児	ふりがな		性別	男・女
		氏名			
		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月又は小学校 年生)		
	童	住所	聖籠町大字		
		保護者氏名			

病児・病後児保育施設の利用に際し、次のとおり上記児童の診療情報を提供します。

医師記入欄(番号に又は( )に記入)	傷病名	1 上気道炎 (かぜ症候群)	9 インフルエンザ A・B	18 伝染性膿痂疹
		2 扁桃炎	10 百日咳	19 流行性角結膜炎
		3 グループ症候群	11 咽頭結膜熱	20 中耳炎
		4 気管支炎・肺炎	12 ヘルパンギーナ	21 その他の疾患
		5 喘息性気管支炎	13 手足口病	[ ]
		6 気管支喘息	14 流行性耳下腺炎	
		7 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・細菌・不明)	15 水痘	
		8 溶連菌感染症	16 風疹	
	病状等	1 発熱	5 下痢	8 迅速検査実施状況 ( )
		2 咳嗽	6 発疹	9 その他特記すべきこと ( )
3 喘鳴		7 その他の症状 ( )		
4 嘔吐				
児童等の状況		(児童の発育・発達・情緒等で特筆すべき内容がある場合記入)		
安静度		1 安静が必要	2 他児との隔離が必要	3 特になし
診断の結果、入院の必要はないが、集団保育は困難であると認めます。 年 月 日		医療機関名 所在地		
聖籠町長 様		医師名 電話番号		
印				

この診療情報提供書の診療報酬は、診療情報提供料 の点数です。