

宝塚市病児・病後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・病後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		
住所	宝塚市	電話番号			
病名等	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 感冒、感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ 型 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">※ <u>麻疹、シラミ、疥癬</u>について受入不可</p>			<input type="checkbox"/> 感冒、感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ 型 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 感冒、感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ 型 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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 ()				
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし				
入院の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし ※入院が必要な場合、病児・病後児保育はご利用できません。				
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。他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)				
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 () 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()				
配慮を要する事項					
上記の症状は、	1 感冒、消化不良症 (多症候性下痢) 等児童が日常罹患する疾病 2 麻疹、水痘、風疹等の伝染性疾患 3 喘息等の慢性疾患 4 熱傷等の外傷性疾患				
利用する事業	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育				
保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 保護者の健康状態 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭				
年 月 日	<医療機関>		印		
	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。