

診療情報提供書（病児・病後児保育事業用）

年 月 日

氷見市長 へ

医療機関 所在地
 名 称
 電 話
 担当医師名

病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

フリガナ 児童氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日生 (歳 月)
住 所		電話番号	
傷病名	(発症： 年 月 日)		
症 状	(主な症状) <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() 既往歴等		
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)		
入院の 必要性	現時点において、入院治療を <input type="checkbox"/> 要する。 <input type="checkbox"/> 要さない。		

病児・病後児保育の受入れに際しては、下記の事項に留意することを指示します。

保育上の 留意事項	<input type="checkbox"/> 室内安静（静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい。） <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 制限なし（状態が良ければ、戸外の遊びもよい。）
食 事	<input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 易消化食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去食：)
処 方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 保護者が、薬剤情報提供書を持参する。） 特記事項：

<主治医の先生へ>

※この用紙は、児童が氷見市病児・病後児保育事業を利用するために必要なものです。

当該児童が、病児・病後児保育を利用することに支障がないと認められる場合には、ご記入いただき保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。なお、保険診療（診療情報提供料 I）の算定でお取り扱いください。