

年 月 日

碧南市長
(病児保育事業実施医療機関 担当医) 殿

(医療機関)

所在地

名称

担当医氏名

印

電話

下記の患者について、碧南市病児保育事業の利用対象にあたると認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

【保護者記入欄】

児童氏名	性別	生年月日	保護者氏名
ふりがな	男・女	年 月 日 (歳 ケ月)	
住 所			

【医療機関記入欄】

病名・症状	1 急性上気道炎	12 中耳炎・外耳炎
	2 咽頭炎	13 膿痂疹
	3 扁桃腺炎	14 突発性発疹
	4 気管支炎・肺炎(RS・hMPV・マイコプラズマ・その他)	15 手足口病
	5 気管支喘息	16 ヘルパンギーナ
	6 感染性胃腸炎(ロタウイルス・ノロウイルス・その他)	17 伝染性紅斑(りんご病)
	7 流行性耳下腺炎	18 百日咳
	8 水痘	19 麻疹
	9 咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症)	20 風疹
	10 インフルエンザ(A型・B型)	21 その他
	11 結膜炎(流角結を含む)	()
	(病名不明) 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 27 発疹	
疾病状況	1 治癒見込期間 (月 日 ~ 月 日)	2 病気回復期
既往症 治療経過 症状経過		
投薬処方	※ 薬の内容および投薬時に注意すべき点があればお知らせ下さい。	
保育上の 留意点	1 ベッド上安静を要す 2 安静室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊び可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)	
その他の 注意事項	※ 主治医が診て、保育上注意すべき点があればお知らせ下さい。	

備考1 診療情報提供料(I)にて、患者1人につき同一医療機関で月一回に限り算定できる。

備考2 診療情報連絡書(診療情報提供書)の有効期間は、記入日より原則3日間とする。