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 | 児童 | 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) |
| 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)２　扁桃炎３　グループ症候群４　気管支炎・肺炎５　喘息性気管支炎６　気管支喘息７　感染性胃腸炎 (ノロ･ロタ･細菌･不明)８　溶連菌感染症 | ９　インフルエンザＡ・Ｂ１０　百日咳１１　咽頭結膜熱１２　ヘルパンギーナ１３　手足口病１４　流行性耳下腺炎１５　水痘１６　風疹１７　麻疹 | １８　伝染性膿痂疹１９　流行性角結膜炎２０　中耳炎２１　その他の疾患　　　　　　　　　 |
| 病　状　等 | １　発熱２　咳嗽３　喘鳴４　嘔吐 | ５　下痢６　発疹７　その他の症状(　　　　　　　　　) | ８　迅速検査実施状況(　　　　　　　　　　　)９　その他特記すべきこと(　　　　　　　　　　　) |
| 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　聖籠町長　様 | 　医療機関名　所在地　医師名　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号 |

※　この診療情報提供書の診療報酬は、診療情報提供料Ⅰの点数です。