

様式第6号(第9条関係)

診療情報提供書(病児・病後児保育用連絡票)

年 月 日

久喜市長 あて

医療機関 所在地

名称

電話番号

担当医師 氏名



次の児童による病児・病後児保育の利用について、以下のとおり連絡します。

児 童 氏 名 生 年 月 日 ・ 性 別	年 月 日生 (男・女)
病 名 ・ 症 状 (番 号 に ○ 印)	1 気管支炎・肺炎 2 喘息・喘息様気管支炎 3 突発性発疹症 4 手足口病 5 伝染性紅斑 6 麻疹 7 水痘 8 風しん 9 インフルエンザ 10 溶連菌感染症 11 膿痂疹 12 流行性耳下膜炎 13 その他()
	(病名不明のとき) 14 発熱 15 下痢 16 嘔吐 17 咳嗽 18 喘鳴 19 発疹 20 その他()
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院(年 月 日～ 年 月 日)
既往歴・治療経過 症 状 経 過	
現在の投薬処方	
安 静 の 度 合 い	1 ベット上安静 2 安静室で隔離 3 室内安静(ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んで良い)
保 育 中 の 食 事	1 ミルク 2 離乳食(前期・後期・完了) 3 幼児食 4 下痢食 5 アレルギー食(除去内容:) 6 その他()
連 絡 事 項	

※この書類は、市内に在住する患者(児童)が病児・病後児保育を受けるために必要な事項を情報提供
いただくものであり、**診療情報提供料(Ⅰ)**を算定できます(患者1人につき月1回限り算定)。