

病(後)児保育室入室診療情報提供書

立川市長殿

平成 年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
F A X
医師名

印

病気(急性期・回復期)にある児童がぼけつと病(後)児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供致します。

児童氏名		性別	男・女	電話番号	—	—
生年月日	平成 年 月 日	カルテNo.			メールアドレス	有・無
住所				入室時間	:	
連絡の取れる電話番号(17:30~18:30)	— —			保育園での流行	なし・あり()	

病状・症状 (☒を付ける)	<input type="checkbox"/> RO01: 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> RO02: インフルエンザA <input type="checkbox"/> RO02: インフルエンザB <input type="checkbox"/> J209: 急性気管支炎 <input type="checkbox"/> RO06: 肺炎 <input type="checkbox"/> RO07: マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> RO10: 気管支喘息 <input type="checkbox"/> RO20: ヒトニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> J459: 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> RO14: 扁桃炎 <input type="checkbox"/> RO17: クループ性気管支炎 <input type="checkbox"/> RO18: RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> GO01: 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> GO02: 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> GO16: ロタウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> GO17: ノロウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> HO01: 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> M101: 結膜炎(流角結を含む) <input type="checkbox"/> DO05: 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> IO01: 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> IO02: 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> IO03: 水痘 <input type="checkbox"/> IO04: おたふくかぜ <input type="checkbox"/> IO08: 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> IO09: ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> IO10: ヘルペスウイルス感染症 <input type="checkbox"/> IO11: 手足口病 <input type="checkbox"/> IO13: アデノウイルス感染症	<病名不明の時> <input type="checkbox"/> SO10: 腹痛症 <input type="checkbox"/> SO11: 嘔吐症 <input type="checkbox"/> SO12: 下痢症 <input type="checkbox"/> SO13: 発熱 <input type="checkbox"/> SO15: 喘鳴 <input type="checkbox"/> SO16: 咳 <input type="checkbox"/> DO01: 発疹 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 疑い
	体制(☒を付ける)	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室でよい) <input type="checkbox"/> ゆるやかな隔離 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離	
安静度(☒を付ける)	<input type="checkbox"/> 安静(ベッド上、布団上) <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド、布団上が主。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)		
食事(☒を付ける)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容:) <input type="checkbox"/> 水分指示() <input type="checkbox"/> その他の指示()		
現在の投薬内容・指示	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照 <input type="checkbox"/> その他の処方 <input type="checkbox"/> コメント		
医師所見	()		

* 発行日を含めて4日間有効です。但し症状が変われば追加・変更の記載をいたします。

注1) 対象児童の居住する区市町村宛に情報を提供した場合に診察情報提供料(I)を算定することができる(250点)。患者1人につき月1回限り算定する。