

様式第3号（第7条関係）

香南市病後児保育施設の利用に係る診療情報提供書（利用連絡票）

香南市長 様

医療機関 名称  
所在地  
電話番号  
医師名 ㊤

※太線内は、保護者が記入してください。

児童氏名	( 年 月 日生)
住 所	☎ ( )

この児童は診断の結果、下記の病気の回復期にあり、現時点では、病後児保育の利用が適当と思われるので、下記のとおり必要な情報について提供します。

病 名 (番号に○)	1 感冒・感冒様症喉咽頭炎 2 インフルエンザ 3 水痘 4 風疹 5 麻疹 6 気管支炎 7 肺炎 8 喘息 9 喘息様気管支炎 10 扁桃腺炎 11 クループ 12 感染性胃腸炎 13 細菌性腸炎 14 中耳炎・外耳炎 15 結膜炎（流角結を含む。） 16 とびひ 17 溶連菌感染症 18 突発性発疹症 19 咽頭結膜熱 20 ヘルパンギーナ 21 手足口病 22 伝染性紅斑 23 流行性耳下腺炎 24 ロタウイルス胃腸炎 25 その他 ( )
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他主要症状 ( )
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドの上での生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> ベッド上安静
食 事	<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"/> かゆ食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) アレルギー食（除去内容 )
病後児保育 利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他 ( 日程度) ※上限7日間（土曜・日曜・祝日を含む。）
処方内容その 他の指示事項	

※医療機関の先生へ

この診療情報提供書は、上記児童が香南市総合子育て支援センター内の病後児保育施設を利用するために必要な事項について、情報提供していただくものです。

必要な事項をご記入の上、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、この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料（I）として算定することができます。（患者1人につき月1回限りの算定となります。）

※問い合わせ先：香南市総合子育て支援センター TEL：0887-50-5257