

病児保育診療情報提供書

宇陀市長 殿

医療機関 名称
所在地
電話番号
医師名



病児保育事業の利用に当たり、必要な情報について次のとおり提供します。

<保護者記入欄>

児 童 名	(男 ・ 女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			
保 護 者 氏 名		電話番号	
利 用 期 間	年 月 日	～	年 月 日

<医療機関記入欄>

病児保育の利用		可 ・ 不可	
病 名 (○印)	1 急性上気道炎	9 麻疹	主な症状 1 発熱 2 下痢 3 おう吐 4 せき 5 ぜん鳴 6 発しん 7 その他
	2 気管支炎・肺炎	10 風しん	
	3 ぜん息発作又は ぜん息様気管支炎	11 咽頭結膜熱	
	4 感染性胃腸炎	12 水痘(みずぼうそう)	
	5 嘔吐下痢症	13 中耳炎・外耳炎	
	6 突発性発疹	14 手足口病	
	7 インフルエンザ	15 ヘルパンギーナ	
	8 流行性耳下腺炎	16 その他	
		()	
安静度 (○印)	1 室内保育(他児と遊んでよい) 2 室内安静(ベッドの生活が主、静かな遊び可) 3 ベッド上		
食 事	1 ミルク 4 下痢食 2 離乳食(前期・中期・期) 5 アレルギー食 3 幼児食 (除去内容) 4 下痢食		
病状の経過 治療状況等			
既 往 歴 家 族 歴	薬・その他の アレルギー	ある ない	※アレルギーの内容
処 方 内 容	※別紙説明書のとおり(説明書が無い場合は記載してください。)		
その他注意事項			

- 注1 選択肢がある箇所は、該当する箇所を○で囲んでください。
 2 市に情報提供をした場合に診療情報提供料（I）を算定できる（250点）。
 患者1人につき月1回に限り算定する。
 3 市が正本を保管し、病児保育室は写しを保管する。

<市記入欄>

病児保育室登録番号	
-----------	--