

診療情報提供書 (病児保育事業利用連絡書)

用紙 3

診察日 令和 年 月 日

社会福祉法人幸生会 理事長 様
(病児保育室すまいる)

医療機関名
所在地
電話
医師氏名

(自署又は記名押印)

病児保育室の利用について、次のとおり連絡いたします。
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。

【保護者記入欄】

児童氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
児童住所				(歳 か月)
電話番号			保護者氏名	

※ この診療情報提供書は有料ですので、病児保育室「すまいる」の空き状況を確認した上で、発行を依頼してください。

【医療機関記入欄】

病名 (番号に○)	1 急性上気道炎 (かぜ症候群)	11 中耳炎
	2 気管支炎・喘息様気管支炎	12 伝染性膿痂疹
	3 肺炎	13 風疹
	4 喘息	14 百日咳
	5 ヘルパンギーナ	15 その他()
	6 感染性胃腸炎	
	7 流行性耳下腺炎	
	8 インフルエンザ (A型・B型・型不明)	
	9 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)	
	10 溶連菌感染症	
症状 (番号に○)	1 発熱 2 咳 3 喘鳴 4 嘔吐 5 下痢 6 発疹 7 その他()	
経過・ 投薬状況など		
特記すべき 既往歴 (いずれかに○)	有 ↓ (該当するものに○)	無
	熱性けいれん (回) ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー その他()	不明
初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」で構いません。		
その他の 注意事項	他の児童との接触の可否等、利用施設において注意する点があれば、ご記入ください。	
保育上の留意 点 (指示があれば 番号に○)	1 ベッド上安静 2 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	
有効期間	本日より 日間有効	

※ この提供書に記載していただく料金は、「診療情報提供料 (I)」の対象外です。