

診療情報提供書

施設長様

那須塩原市病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

（保護者記入欄）

|                 |        |    |      |
|-----------------|--------|----|------|
| 児童氏名            | ふりがな   | 性別 | 男・女  |
| 生年月日            | 年 月 日生 | 年齢 | 歳 箇月 |
| 住所              | 電話番号   |    |      |
| 利用する病児・病後児保育施設名 |        |    |      |

（主治医記入欄）

|                                   |   |                |           |
|-----------------------------------|---|----------------|-----------|
| 病状又は症状<br><br>〔該当する番号に○を付ける。〕     | 01 感冒・感冒性症候群  | 11 膿痂疹         | (病気不明のとき) |
|                                   | 02 咽頭炎  | 12 突発性発疹症      |           |
|                                   | 03 扁桃腺炎   | 13 手足口病        | 22 下痢     |
|                                   | 04 気管支炎   | 14 りんご病（伝染性紅斑） | 23 嘔吐     |
|                                   | 05 喘息・喘息性気管支炎   | 15 流行性耳下腺炎     | 24 咳痰     |
|                                   | 06 消化不良症  | 16 麻疹          | 25 喘鳴     |
|                                   | 07 感冒性嘔吐症   | 17 水痘          | 26 発疹     |
|                                   | 08 自家中毒症  | 18 百日咳         |           |
|                                   | 09 中耳炎・外耳炎  | 19 風疹          |           |
|                                   | 10 結膜炎（流角結を含む）  | 20 その他（ ）      |           |
|                                   | 受診年月日 年 月 日   |                |           |
| 利用可能な事業の種類<br><br>〔該当する番号に○を付ける。〕 | 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。<br>1 病児対応型                      2 病後児対応型 |                |           |
| 症状・既往歴・治療状況等                      |   |                |           |
| 現在の投薬処方                           |   |                |           |
| 保育上の留意事項（安静、食事、特異体質等）             |   |                |           |
| 年 月 日                             |   |                |           |
| 医療機関名<br>所在地<br>電話番号<br>医師名       |   |                |           |
| 印                                 |   |                |           |

注：この書類により情報提供した場合には診療情報提供料（I）（250点）を算定することができる。患者1人につき、月1回限り算定する。