

病児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

※この診療情報提供書は、ふくのたね保育園 病児保育室ふくのたねルーム久万・薊野でしか使用できません。

ふくのたね保育園病児保育室 ふくのたねルーム久万・薊野 御中

令和 年 月 日

病児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

医療機関の名称

所在地

電話番号

担当医師氏名

⑩

児童氏名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
児童住所				電話番号	
傷病名	(1) 発症(推定年月日)令和 年 月 日 (2) 発症(推定年月日)令和 年 月 日 (3) 発症(推定年月日)令和 年 月 日 ◆感染症の場合の感染の恐れ (有・無)				
紹介目的 [病児の利用 可・不可区分]	病児保育事業利用のため 上記疾病の { <input type="checkbox"/> 回復期には至らないが病児保育事業の利用には 支障がないと認める <input type="checkbox"/> 回復期には至らないので病児保育事業の 利用を認めない				
既往歴及び 家族歴					
病状経過及 び検査結果					
治療経過					
現在の処方					
備考					

- (備考) 1 ① 必要がある場合は続紙に記載して添付ください。
② 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。
③ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、医療機関名等の欄には紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入してください。かつ、児童住所及び電話番号を必ず記入してください。
2 回復期の範囲 ・伝染性疾患 ⇒ 急性期を経過した以降
・慢性疾患 ⇒ 発作が治まった以降
・外傷性疾患 ⇒ 症状が固定した以降