

年 月 日

病後児保育連絡票（診療情報提供書）

（宛先）山鹿市長

医療機関 住所
 名称
 医師名 ⑩
 電話番号
 F A X 番号

次のとおり病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について提供します。

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年	月	日
	住所					
	保護者氏名		電話番号			

医療機関記入欄	受診日	年 月 日				
	病名 (該当に○)	01 百日咳				11 伝染性紅斑（りんご病）
		02 麻疹				12 伝染性膿痂疹（とびひ）
		03 風疹				13 流行性角結膜炎（はやり目）
		04 水痘				14 R S ウイルス感染症
		05 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）				15 溶連菌感染症
		06 突発性発疹				16 インフルエンザ（ 型）
07 手足口病					17 肺炎・気管支炎	
08 アデノウイルス感染症					18 気管支喘息	
09 ヘルパンギーナ					19 上気道炎（風邪）	
10 咽頭結膜熱（プール熱）					20 感染性胃腸炎	
		21 嘔吐下痢症				
	その他（ ）					
伝染の危険性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）					
投薬上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 指定時間 時間毎）					
安静度 (該当に○)	1 ベッド上での安静を要す 2 隔離室での隔離を要す 3 室内安静（室内での静かな遊びは可） 4 室内保育（室内で普通どおり遊んで良い） 5 その他（ ）					
食事（昼食）	食事についての注意事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）					
その他 連絡事項						

※ 上記は、診療情報提供書（I）注2（保険点数250点）が適用されます。