

病後児保育事業診療情報提供書

年 月 日

八街市長 北村 新司 様

医療機関 名 称

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

八街市病後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】

患者氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日 ( )
住 所		保護者氏名	

【医療機関記入欄】

病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	8 インフルエンザ (A型・B型・型不明)	
	2 気管支炎・肺炎	9 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)	
	3 喘息・喘息様気管支炎	10 溶連菌感染症	
	4 ヘルパンギーナ	11 中耳炎	
	5 感染性胃腸炎	12 伝染性膿痂疹	
	6 流行性耳下腺炎	13 その他 ( )	
	7 水痘		
服薬指示 (いずれかに○)	・かかりつけ医師の指示どおり ・その他 ( )		
安静度 (いずれかに○)	室内保育	室内安静	ベッド上

その他の注意事項

注 八街市病後児保育事業の利用にあたり情報提供した場合に診療情報提供料（□）  
を算定することができる。ただし、患者一人につき月1回に限り算定すること。