

主治医 様

2021.4

(※注1) 病状により、病児・病後児保育室利用不可の場合は、何も記載せずに保護者に返却をお願いします。

(※注2) 甲賀市に居住している児童が甲賀市の病児・病後児保育室を利用する場合は、この提供書は診療報酬「B009診療情報提供料（I）注2」の扱いとなります。また、甲賀市民については、福祉医療費助成制度の対象となるため、保護者負担なしでお願いします。

(※注3) 新型コロナウイルス感染症陽性・濃厚接触者である場合は病児・病後児保育の利用はできません

甲賀市病児・病後児保育診療情報提供書(医師連絡票)

診療報酬提供料(別記様式12の2準用)

甲賀市長 あて

(水口子育て支援センター所長)

病児・病後児保育の利用について (☑をつけてください)

子ども (患者) の名前	フリガナ ()		
	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	(西暦)	年 月 日生 (歳)	
病 名	<input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(型) <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群(風邪) <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂(とびひ) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 ()	
隔離の有無	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	
病 期	<input type="checkbox"/> 病中(急変する可能性が低く症状が安定している状態) <input type="checkbox"/> 回復期		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内安静 (他児と室内で普通に遊んでよい) <input type="checkbox"/> 無		
与薬について	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育内での内服薬の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
症状の経過 及び 医師の指示 事項	急変時、症状悪化時対処方法 <input type="checkbox"/> 頓服薬服用 <input type="checkbox"/> 座薬使用 <input type="checkbox"/> 救急搬送		
	・ 症状の経過		
	病児・病後児保育室利用 <input type="checkbox"/> 可 ※不可の場合は何も記入せずに保護者へ返却ください。 ※利用条件()		

上記の通り職員関係者に情報提供し、病児・病後児保育の利用について指示します。

西暦 年 月 日

医療機関名

住所・電話番号

医師名

印