

診 療 情 報 提 供 書

館 林 市 長 様
 (こやなぎ小児科病児保育室ぱんだ施設長)

病児保育の利用にあたり、次のとおり情報を提供いたします。

(保護者記入欄)

ふりがな		男 女	生年 月日	生年月日 年 月 日 (歳 か月)
児童氏名				
住 所		保護者氏名		
電 話	()			
利用希望期間	月 日	から	月 日	日まで

(主治医記入欄)

診断・症状 ※該当する番号に○をお願いします。		
01 上気道炎・感冒	11 溶連菌感染症	<<診断不確定のとき、症状>> 21 発熱 22 嘔吐 23 下痢 24 腹痛 25 発疹 26 咳嗽 27 その他 ()
02 下気道炎(気管支炎・肺炎)	12 気管支喘息	
03 中耳炎	13 外傷	
04 胃腸炎	()	
05 インフルエンザ(A・B)		
06 水痘	14 その他	
07 流行性耳下腺炎	()	
08 咽頭結膜熱		
09 ヘルパンギーナ		
10 手足口病		
備 考	※ 安静度や隔離の観点で注意する点など、何かありましたらご記入ください。	
年 月 日 医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名		

主治医の先生へ

この書類は、児童が病児保育を利用するために必要な事項を情報提供いただくものであり、診療情報提供料(I)を月1回算定できます。包括の場合、小児かかりつけ診療料算定の場合は別途算定できますが、従来の小児科外来診療料算定の場合は算定できません。ご了承ください。

【問い合わせ先】病児保育室ぱんだ 0276-78-7391