

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 児童氏名		男 女	生年月日 年 月 日 (歳 か月)
住 所 電 話	()	保 護 者 氏 名	
利用希望期間	月 日 から	月 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 02 下気道炎(気管支炎・肺炎) 03 中耳炎 04 胃腸炎 05 インフルエンザ(A・B) 06 水痘 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	11 溶連菌感染症 12 気管支喘息 13 外傷 () 14 その他 ()	《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 ()
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。
----------------	---