

病児・病後児保育施設利用に係る診療情報提供書

北区教育委員会 殿

医療機関 住 所  
名 称  
医 師 名  
電話番号

印

北区病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。

(保護者記入欄)

児童氏名	男女	生年月日	年 月 日
住 所	〒	電話番号	

(医療機関記入欄)

該当する項目に“✓”またはご記入をお願いします			
病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> 自家中毒
	<input type="checkbox"/> 外耳炎	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 骨折
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 火傷
	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	( )
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症	<input type="checkbox"/> 病名不明
	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 急性胃腸炎	
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 肺炎	
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他		
病 状 症状の経過 治療状況等			
既 往 歴 家 族 歴			
利用可能事業	<input type="checkbox"/> 病児保育（病気の回復期（※）に至っていないが、当面症状の急変が認められない） <input type="checkbox"/> 病後児保育（病気の回復期（※）に至っており、他児への感染期を経過した以降）		
利用期間	本日より 日間程度 ※7日を限度とします。		
食事に関する 特別な指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
処 方 内 容	与薬時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	薬品名・用量・用法		
そ の 他 注 意 事 項			

注1 対象児童の居住する区市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料（I）を算定することができる（250点）。  
患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 区市町村が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。

注3 骨折や手術後の経過観察など、7日間を超えて利用することが想定される場合は、その他注意事項欄に記入すること。

(※) 回復期とは、急性期を経過した次のことをいう。

1. 伝染性疾患においては、他児に感染するおそれのある感染期を経過したとき以降
2. 外傷性疾患においては、症状が安定したとき以降