

病児保育連絡票 (診療情報提供書)

熊本市長 (宛)

医療機関 住所
 名称
 医師名 (印)
 電話番号 (- -)
 FAX番号 (- -)

病児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
住 所	熊本市 区		
病 名			
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期 (発熱) <input type="checkbox"/> 回復期 (解熱・微熱等)		全身状態： <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない
治療経過・内容等 (簡単にお書きください)	○次回診療予定：平成 年 月 日		
服 薬	薬 剤 名 ・ 何 日 分 ・ 投 与 方 法 等		
	服薬：無・有		
既往症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ()		
隔 離	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通どおり遊んで良い)		
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 ※アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参		
病児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他 (日程度)		
アレルギー	無・有 ()		
予防接種の状況	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MRワクチン [麻疹風疹混合] <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (年 月接種)		
その他留意事項			

*上記は診療情報提供書 (I) 注2 (保険点数250点) が適用され、月1回は健康保険適用となります。