

病児保育 医師連絡票 (診療情報提供書)

大垣市長 宛

年 月 日

下記のとおり診療情報を提供いたします。

医療機関

所在地

電話番号

医師名

㊞

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日生 ( 歳 ヶ月 )		
目的	<input type="checkbox"/> 病児保育施設の利用を希望する <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

病名・症状(番号に○)		
受け入れできる病名・症状	受け入れできない病名・症状	
<病名不明の時> 01 嘔吐 02 下痢 03 発熱 04 喘鳴 05 咳嗽 06 湿疹	(病児・病後児 可:11~19 / 病後児のみ可:50~55 / 症状で判断:01~06, 99) 11 感冒・感冒様症候群 12 急性上気道炎 13 扁桃腺炎 14 感染症胃腸炎 (ロタ・ノロ・細菌性を除く) 15 喘息 16 クループ 17 ムンプス 18 気管支炎 19 喘息様気管支炎	50 咽頭結膜熱 51 手足口病 52 RSウイルス 53 溶連菌感染症 54 とびひ 55 ヘルパンギーナ 99 その他 101 インフルエンザ 102 肺炎 103 細菌性腸炎 104 ロタ・ノロウイルス胃腸炎 105 水痘 106 麻疹 107 風疹 108 流行性結(角)膜炎 109 新型コロナウイルス感染症
病状(○印) どちらかにつけて下さい	01 回復期に至らないが(病児)、発行日から( )日は (備考等: ) 02 回復期等(病後児)にあり、発行日から( )日は ※01(病児)は2日以内、02(病後児)は7日以内で有効期間を記載してください	
安静度	1. 病児保育室の集団保育が可能(他の病気との接触可能) 2. 隔離室での保育が必要(他の病気との接触を避ける) 体制等により、児童をお預かりできない場合があります。	
既往歴、治療経過 及び症状経過	(薬剤アレルギー( <input type="checkbox"/> あり: _____ <input type="checkbox"/> なし))	
現在の投薬処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照 ※必ず投薬処方分かるもの(お薬手帳など)を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。	
食事(○印)	01 普通食 02 ミルク・牛乳のみ 03 下痢食 04 アレルギー食 ※食事は、原則利用者が持参 (除去内容 )	

この連絡票は大垣市と協定締結している大垣市内の病児保育施設に提出する場合にのみ利用できます。  
また、病児保育室の利用時に、当該の児童の症状について、大垣市または協定締結施設からご質問させていただく場合があります。

※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。

※事業の利用可能年齢は、病児満1歳以上、病後児は生後6か月以上から小学3年生までの児童です。

病児とは入院治療は必要ないが、安静の確保に配慮する必要があり、当面は症状の急変の恐れがない状態の児をいいます。

病後児とは病気の回復期にある状態をいいます。

- 回復期の範囲
- ・市中感染症等の疾病、伝染性疾患→急性期を経過した以降
  - ・慢性疾患→病状が安定した以降
  - ・外傷性疾患→傷害部位の病状が固定した以降