

結城市病児保育事業診療情報提供書（利用連絡票）

病児保育実施設長 様

病児保育の利用について、情報提供いたします。

（保護者記入欄）保護者の方が記入してください。

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	生	（満 歳）
住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

（医療機関記入欄）

病名・症状 （該当に○）	01 感冒・咽頭炎	02 アデノウイルス感染症
	03 扁桃腺炎	04 気管支炎
	05 喘息・喘息性気管支炎	06 マイコプラズマ感染症
	07 ヘルパンギーナ	08 胃腸炎（ウイルス性、細菌性）
	09 中耳炎・外耳炎	10 結膜炎（流角結を含む。）
	11 伝染性膿痂疹	12 突発性発疹
	13 手足口病	14 溶連菌感染症
	15 流行性耳下腺炎	16 麻疹
	17 風疹	18 水痘
	19 百日咳	20 インフルエンザ（A、B）
	21 RSウイルス感染症	22 その他（ ）
	病名が不明の時	
	23 発熱	24 発疹
	25 咳嗽・喘鳴	
	26 嘔吐・下痢	27 その他（ ）
薬の処方	01 処方あり（お薬手帳を参照）	02 なし
医師の意見	◎保育に係る診療情報（既往疾患やアレルギー等）	

診察の結果、現時点で入院の必要性は認められず、病児保育の利用が可能と思われます。

年 月 日 医療機関名

電 話 番 号

医 師 名

印

※この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料（I）として記入してください（患者1人につき月1回に限り250点を算定）。