

診 療 情 報 提 供 書

前 橋 市 長 宛
(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		男	生年	平成	年	月	日
児童氏名		女	月日	(歳)	月)
住 所		保護者氏名					
電 話	()						
病児保育利用希望期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						

【主治医記入欄】

診断・症状 ※該当する病名・症状番号に○を付すか、「その他」に記入をお願いします。		
01 上気道炎・感冒	09 咽頭結膜熱	《診断不確定のとき、症状》
02 下気道炎(気管支炎・肺炎)	10 ヘルパンギーナ	21 発熱
03 中耳炎	11 手足口病	22 嘔吐
04 結膜炎	12 溶連菌感染症	23 下痢
05 胃腸炎	13 気管支喘息	24 腹痛
06 インフルエンザ(A・B)	14 外傷	25 発疹
07 水痘	()	26 咳嗽
08 流行性耳下腺炎		
その他 ()		
症状経過 ・ 検査結果 ・ 治療経過 ・ 備 考		
現在の処方		
他疾患の児童と同室	可 ・ 不可	
治癒までの見込期間		
本児童は、病児保育を利用することに差し支えありません。		
平成 年 月 日		
医療機関名		
所在地		
電話番号 ()		
医師名		
(印)		

主治医の先生へ
この書類は、利用児童が病児保育を受け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)を患者1人につき月1回(250点)算定できます。

お預かり出来る病気の範囲

- ・ 感冒や消化不良症（多症候性下痢）等の乳幼児が日常罹患する疾患
- ・ 喘息等の慢性疾患
- ・ 骨折等の外傷性疾患
- ・ 下記に挙げている感染性疾患

受け入れ可能な感染症一覧

- ・ インフルエンザA型B型（鳥インフルエンザは除く）
- ・ 百日咳
- ・ 麻疹
- ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
- ・ 風疹
- ・ 水痘（みずぼうそう）、カポジ水痘様発疹症
- ・ 咽頭結膜熱（プール熱）
- ・ 溶連菌感染症
- ・ 手足口病
- ・ 伝染性紅斑（りんご病）
- ・ ヘルパンギーナ
- ・ マイコプラズマ感染症
- ・ 流行性嘔吐下痢症（ノロウイルス・ロタウイルス）
- ・ 伝染性膿痂疹（とびひ）
- ・ RSウイルス

お預かり不可能な病状

- ・ 上記以外の感染症
- ・ 喘息の重篤的な発作以上（中発作以上）
- ・ 39.0℃以上の高熱
- ・ 意識混濁
- ・ けいれん後48時間以上経過していない
- ・ 経口摂取がまったくできない
- ・ 嘔吐、下痢の状態が継続していて、著しい脱水状態（おしっこが出ない等）
- ・ 医師の診察により、病状が重く点滴を必要とする場合
- ・ 1歳の誕生日を過ぎてMR（麻疹・風疹混合ワクチン）未接種のお子様
- ・ かかりつけ医等の診察により、利用が困難と判断された場合

※病状により予約をされていても受け入れが出来ない場合がありますので、あらかじめご了承下さい