

# 診 療 情 報 提 供 書

医療機関記入日時 年 月 日  
午前・午後 時 分

稲城市長 殿

記入医療機関 所 在 地  
名 称  
担当医師氏名  
電 話 番 号  
F A X 番 号

印

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況についてお知らせします。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名		性別	男・女
	児童生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）		
	児童住所			
	保護者氏名		電話番号	
医療機関記入欄	傷病名 (該当事項に○)	診療情報提供書の有効期間 <b>3日間</b> (01~10) 01 感冒・感冒様症候群      06 喘息 02 咽頭炎                      07 喘息性気管支炎 03 扁桃炎                      08 中耳炎・外耳炎 04 気管支炎                   09 伝染性膿痂疹（とびひ） 05 肺炎                         10 突発性発疹症 診療情報提供書の有効期間 <b>7日間</b> (11~25) 11 インフルエンザ( )型      19 流行性角結膜炎 12 百日咳                      20 溶連菌感染症 13 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 21 手足口病 14 風しん(三日はしか)        22 伝染性紅斑(リンゴ病) 15 水痘(水ぼうそう)        23 ヘルパンギーナ 16 咽頭結膜熱(プール熱)      24 流行性嘔吐下痢症 17 髄膜炎菌性髄膜炎        25 RSウイルス感染症 18 腸管出血性大腸菌感染症    26 <b>結核・麻疹 ⇒ 施設の利用はできません。</b> その他( )		
	主な症状 (該当事項に○)	01 発熱    02 下痢    03 嘔吐    04 咳嗽    05 喘鳴    06 発疹		
	病 状 (該当事項に○)	1. 急性期 (病児保育)      2. 回復期 (病後児保育)		
	隔離の必要性 (該当事項に○)	1. 必要                      2. 不要		
	安 静 度 (該当事項に○)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静(室内での静かな遊びは可) 3. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
	食 事(昼食) (該当事項に○)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・下痢食 アレルギー食(除去内容等 )		
	処方内容	水薬・粉薬(薬品名 )数量 _____ 食前・食間・食後・ _____ 時間毎 水薬・粉薬(薬品名 )数量 _____ 食前・食間・食後・ _____ 時間毎 その他(具体的に)		
	その他 連絡事項			

備考1 対象児童が稲城市に居住しており、稲城市に情報提供をした場合に、診療情報提供料（I）の注2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。

備考2 診療情報提供書の有効期間は、記入日より原則3日間とする。（ただし、上記傷病名11~25については、原則7日間有効とする。）

備考3 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。

備考4 処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬剤情報提供書を添付し利用申請すること。