

## 生駒市病後児保育事業 診療情報提供書

平成 年 月 日

生駒市長 宛

医療機関

所在地

医師名

印

電話番号

下記の児童が、生駒市病後児保育事業の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供致します。

(保護者記入欄)

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童の氏名			
生年月日	平成 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 (番号に○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 水痘</td> <td style="width: 50%;">11 急性出血性結膜炎</td> </tr> <tr> <td>2 麻疹</td> <td>12 咽頭結膜炎(プール熱)</td> </tr> <tr> <td>3 伝染性膿痂疹(とびひ)</td> <td>13 急性気道感染症</td> </tr> <tr> <td>4 手足口病</td> <td>14 嘔吐性下痢症(細菌性のものを除く)</td> </tr> <tr> <td>5 ヘルパンギーナ</td> <td>15 溶連菌感染症</td> </tr> <tr> <td>6 インフルエンザ</td> <td>16 喘息・喘息性気管支炎</td> </tr> <tr> <td>7 百日咳</td> <td>17 伝染性紅斑</td> </tr> <tr> <td>8 風疹</td> <td>18 ウイルス性肝炎</td> </tr> <tr> <td>9 突発性発疹</td> <td>19 マイコプラズマ感染症</td> </tr> <tr> <td>10 流行性角結膜炎</td> <td>20 骨折等の外傷</td> </tr> </table>	1 水痘	11 急性出血性結膜炎	2 麻疹	12 咽頭結膜炎(プール熱)	3 伝染性膿痂疹(とびひ)	13 急性気道感染症	4 手足口病	14 嘔吐性下痢症(細菌性のものを除く)	5 ヘルパンギーナ	15 溶連菌感染症	6 インフルエンザ	16 喘息・喘息性気管支炎	7 百日咳	17 伝染性紅斑	8 風疹	18 ウイルス性肝炎	9 突発性発疹	19 マイコプラズマ感染症	10 流行性角結膜炎	20 骨折等の外傷
1 水痘	11 急性出血性結膜炎																				
2 麻疹	12 咽頭結膜炎(プール熱)																				
3 伝染性膿痂疹(とびひ)	13 急性気道感染症																				
4 手足口病	14 嘔吐性下痢症(細菌性のものを除く)																				
5 ヘルパンギーナ	15 溶連菌感染症																				
6 インフルエンザ	16 喘息・喘息性気管支炎																				
7 百日咳	17 伝染性紅斑																				
8 風疹	18 ウイルス性肝炎																				
9 突発性発疹	19 マイコプラズマ感染症																				
10 流行性角結膜炎	20 骨折等の外傷																				
安 静 度 ( ○ 印 )	1 安静 2 室内安静(室内での静かな遊びは可) 3 室内保育(室内で普通に遊んでよい) 4 その他( )																				
食 事 ( ○ 印 )	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 )																				
現在の 投与処方	与薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間( 時間毎) 投薬品名 解熱剤使用: なし ・ あり ( 日 時)																				
医師所見	..... ..... .....																				

※この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料(A)としてご記入をお願いします。