

篠山市病児保育事業医師連絡票

篠山市教育委員会 様

<医療機関>

所在地	
名称	
電話番号	
担当医師氏名	⑩

病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

なお、本児童は、病気の回復期にはいたっていないが、当面病状の急変は認められない状態、または、病気の回復期であるが集団保育が困難な状態であることを認めます。

ふりがな				男・女	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名						
住所						
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 （ ） <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い			
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
治療経過等	発症年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院（退院日 年 月 日）					
現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
保育上の留意点	隔離の必要性（有・無・病児保育で決定） 安静度（ベッド上安静・室内安静・他児と遊んで可） 周囲で流行している感染症があれば記入（ ）					
食事（昼食・おやつ）	<input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 普通に食事可 <input type="checkbox"/> 軟らかい食事 <input type="checkbox"/> 絶食（水分のみ） <input type="checkbox"/> その他					
配慮を要する事項						

※篠山市教育委員会あてに情報提供した場合に診療情報提供料（I）を算定することができる。（250点）
 患者一人につき月1回に限り算定する。