

様式第3（第7条関係）

半田市病児保育施設利用診療情報提供書

年 月 日

半田市長 様

医療機関  
所在地  
電話  
F A X  
医師名

病児保育施設の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

（保護者記入欄）

児童氏名			
生年月日	年 月 日（ 歳 ヲ月）		
住 所			
保護者氏名		電話番号	

（医療機関記入欄）

該当する病名・病状に○印をお願いします。

1. 感冒・感冒様症候群	10. 結膜炎 (急性出血性含む。)	18. インフルエンザ (3日目から)
2. 咽頭炎	11. 伝染性膿痂疹	19. 咽頭結膜熱
3. 扁桃炎	12. 突発性発疹症	20. 伝染性紅班
4. 気管支炎	13. 溶連菌感染症	21. 外傷
5. 喘息・喘息性気管支炎	14. 手足口病	22. その他
6. 肺炎	15. ヘルパンギーナ	
7. 感染性胃腸炎	16. 流行性耳下腺炎	
8. 自家中毒	17. 風疹	
9. 中耳炎・外耳炎		
病名不明時	1. 発熱 2. 下痢 3. 嘔吐 4. 咳嗽 5. 喘鳴 6. 発疹	
隔離状況	1. 一般（他児と同室） 2. ゆるやかな隔離 3. 隔離室で隔離	
安静度	1. 室内安静（室内遊び可） 2. 室内安静（ベッド上が主、静かな遊び可） 3. 安静（ベッド上）	
処方内容	粉薬・錠剤（薬品名） 数量 _____ 食前・食間・食後・ _____ 時間毎	
	粉薬・錠剤（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	<input type="checkbox"/> 抗原検査等（ _____ ） ・ ・ ・ 陰性 ・ 陽性 ※（ ）内に検査名をご記入ください。	

注1) 麻疹、水痘、結核、流行性角結膜炎、新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ2日目までは受入れ不可とする。

注2) 対象児童について半田市に診療情報の提供をした場合に、診療情報提供料（I）を診療報酬として算定することができる。ただし、患者1人につき月1回に限り算定する。

注3) 診療情報提供書の有効期間は、記入日の翌日から起算して原則3日間とする（土日を含む。）