

診療情報提供書

(あて先) みかわこども園病児保育室

(医療機関) 所在地
 名称
 電話
 担当医師



病児保育室の利用にあたり、次のとおり必要な情報を提供します。

患者氏名		男 女	生年 月日	平成 令和	年 月 日生(歳)
患者住所	市・町		町・丁目		
病名・症状 (番号に○)	1	感冒・感冒様症候群		9	水痘
	2	急性上気道炎(咽頭・扁桃炎等)		10	風疹
	3	気管支炎・肺炎		11	インフルエンザ
	4	喘息・喘息性気管支炎		12	咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症)
	5	ヘルパンギーナ・手足口病		13	溶連菌感染症
	6	感染性胃腸炎		14	中耳炎・外耳炎
	7	周期性嘔吐症(自家中毒症)		15	伝染性皮膚疾患
	8	流行性耳下腺炎		16	その他(病名:)
検査結果	インフルエンザ (A型 B型 型不明 -)		症状 の 経過		
	アデノウイルス (+ -)				
	RSウイルス (+ -)				
	ヒトメタニューモウイルス (+ -)				
	溶連菌 (+ -)				
	マイコプラズマ (+ -)				
	百日咳 (+ -)				
	便	ロタウイルス (+ -)			
ノロウイルス (+ -)					
アデノウイルス (+ -)					
部屋	1 室内安静		2 隔離室で隔離		
食事に関する指示	1 なし 2 あり ()				
投薬処方	薬の種類と薬剤名			与薬時間	
				食前・食後・食間	
利用見込期間	受診日より () 日程度				

注1 患者(児童)の居住する市町宛(白山市)に情報提供した場合に、診療情報提供料(1)250点を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。
 注2 病児保育は、急変の危険性がない児童が対象となります。
 注3 この診療情報提供書は、みかわこども園病児保育室で保管するものとする。

診療情報提供書

(あて先) みかわこども園病児保育室

(医療機関) 所在地
 名称
 電話
 担当医師

印

病児保育室の利用にあたり、次のとおり必要な情報を提供します。

患者氏名		男 女	生年 月日	平成 令和	年 月 日生(歳)
患者住所	市・町		町・丁目		
病名・症状 (番号に○)	1	感冒・感冒様症候群	9	水痘	
	2	急性上気道炎(咽頭・扁桃炎等)	10	風疹	
	3	気管支炎・肺炎	11	インフルエンザ	
	4	喘息・喘息性気管支炎	12	咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症)	
	5	ヘルパンギーナ・手足口病	13	溶連菌感染症	
	6	感染性胃腸炎	14	中耳炎・外耳炎	
	7	周期性嘔吐症(自家中毒症)	15	伝染性皮膚疾患	
	8	流行性耳下腺炎	16	その他(病名:)	
検査結果	インフルエンザ (A型 B型 型不明 -)		症状 の 経 過		
	アデノウイルス (+ -)				
	RSウイルス (+ -)				
	ヒトメタニューモウイルス (+ -)				
	溶連菌 (+ -)				
	マイコプラズマ (+ -)				
	百日咳 (+ -)				
	便	ロウイルス (+ -)			
ノロウイルス (+ -)					
アデノウイルス (+ -)					
部屋	1 室内安静		2 隔離室で隔離		
食事に関する指示	1 なし 2 あり ()				
投薬処方	薬の種類と薬剤名			与薬時間	
				食前・食後・食間	
利用見込期間	受診日より () 日程度				

注1 患者(児童)の居住する市町宛(白山市)に情報提供した場合に、診療情報提供料(1)250点を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。

注2 病児保育は、急変の危険性がない児童が対象となります。

注3 この診療情報提供書は、みかわこども園病児保育室で保管するものとする。