様式第５号（第６条関係）

年　　月　　日

**神崎郡病児病後児保育施設利用連絡票**

　神河町長　様

医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　神崎郡病児病後児保育施設の利用にあたり必要な情報について、下記のとおり提供します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | 生年月日年　　月　　日(　　歳　 カ月) |
|  （ 男 ・ 女 ） |
| 児童住所 |  |
| 病　　名 |  |
| 病名未確定時の症状 | □発熱　　□下痢　　□嘔吐　　□咳嗽　　□喘鳴　　□発疹　　□鼻汁□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の投薬処方 | 〇投薬方法（ 食前・食後 ）〇投薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〇解熱剤使用　あり（　　　℃以上）・なし  |
| 迅速検査の結果※検査実施の場合に記入 | 〇COVID-19　抗原・PCR（＋・－）　　　〇アデノウイルス感染症（＋・－）〇インフルエンザ（A・B / ＋・－）　　　 〇RSウイルス（＋・－）〇マイコプラズマ感染症（＋・－）　　　　〇溶連菌感染症（＋・－）〇その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 熱性けいれんの既往 | □有　　□無 |
| 保育上の注意点 | 安静度 | □室内保育（他児との静かな遊びは可）　　□隔離（但し、トイレ・玄関は共有）　 |
| 食　事 | □特に制限なし　□その他（　　　　　　　　　　）食物アレルギー：□無　□有（食物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| そ の 他注意事項 |  |
| **保護者記入欄** | **連絡先：　　　　－　　　　－** |

※神崎郡病児病後児保育施設宛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。

　ただし、患者１人につき月１回に限り算定する。

**【利用連絡票をFAXで送られる場合】**

**FAX：0790-32-1962に送信 ⇒ 080-8060-1991に確認電話をしてください。**