

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。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日(歳 カ月)
児童住所		
病名		
病名未確定時 の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在の投薬処方	○投薬方法 (食前・食後) ○投薬品名 () ○解熱剤使用 あり (°C以上)・なし	
迅速検査の 結果 ※検査実施の場 合に記入	○COVID-19 抗原・PCR (+・-) <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (+・-) <input type="checkbox"/> ○インフルエンザ (A・B) (+・-) <input type="checkbox"/> RSウイルス (+・-) <input type="checkbox"/> ○マイコプラズマ感染症 (+・-) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 (+・-) <input type="checkbox"/> ○その他 ()	
熱性けいれん の既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
保育上の 注意点	安静度	<input type="checkbox"/> 室内保育 (他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 隔離 (但し、トイレ・玄関は共有)
	食事	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> その他 () 食物アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。