

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			生年月日
	(男・女)		年 月 日(歳 カ月)
児童住所			
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <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A <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他 (病名・主な症状)
現在の投薬処方			
保育上の 注意点	安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育	
	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	※熱性けいれんの既往： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
※保護者記入欄	連絡先： - -		

※神崎郡病児病後児保育施設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。