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 | |  | |
| 現在の症状 | | □発熱　　□咳嗽　　□鼻汁　　□喘鳴　　□下痢　　□嘔吐　　□発疹  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 現在の投薬処方 | | 〇投薬品名  〇解熱剤処方　あり(　　　　　　　　　)・なし | |
| 熱性けいれんの  既往 | | □有　　□無　　　　　　　・ダイアップ坐剤処方（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 | 〇COVID-19　抗原・PCR（＋・－） | |
| **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。**