

武雄市病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

武雄市長 宛

令和 年 月 日

医療機関 所在地

病院名

医師名 ㊞

電話番号

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提出します。

患者氏名			生年 月 日	☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日						
病名	☐ 上気道炎 ☐ 手足口病 ☐ RSウイルス感染症 ☐ 気管支炎 ☐ ヘルパンギーナ ☐ ヒトメタニューモウイルス ☐ 喘息様気管支炎 ☐ 流行性角結膜炎 ☐ インフルエンザ(A型) ☐ 扁桃腺炎 ☐ アデノウイルス感染症 ☐ インフルエンザ(B型) ☐ 急性中耳炎 ☐ 溶連菌感染症 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 急性腸炎 ☐ その他 ()									
治療経過	発症日 月 日									
検査状況	<table border="1"> <tr> <td>☐ インフルエンザ ☐ 陰性 ☐ (A型)陽性</td> <td>☐ RSウイルス ☐ 陰性 ☐ 陽性</td> </tr> <tr> <td>☐ COVID-19 ☐ 陰性 ☐ 陽性</td> <td>☐ ヒトメタニューモ ☐ 陰性 ☐ 陽性</td> </tr> <tr> <td colspan="2">☐ その他の検査・結果 ()</td> </tr> </table>				☐ インフルエンザ ☐ 陰性 ☐ (A型)陽性	☐ RSウイルス ☐ 陰性 ☐ 陽性	☐ COVID-19 ☐ 陰性 ☐ 陽性	☐ ヒトメタニューモ ☐ 陰性 ☐ 陽性	☐ その他の検査・結果 ()	
☐ インフルエンザ ☐ 陰性 ☐ (A型)陽性	☐ RSウイルス ☐ 陰性 ☐ 陽性									
☐ COVID-19 ☐ 陰性 ☐ 陽性	☐ ヒトメタニューモ ☐ 陰性 ☐ 陽性									
☐ その他の検査・結果 ()										
隔離	☐ 要 ☐ 不要									
処方内容	☐ 別紙参照 ※必ず投薬処方が分かるもの(お薬手帳等)を連絡票と一緒に持参するようご指導ください。									
次回受診 予定	☐ 予定なし ☐ 予定あり 月 日頃 その他 ()									
食事	☐ 普通食 ☐ 下痢食 ☐ アレルギー食（除去内容： ）									
その他 留意事項										
この児童は診察の結果、上記の治療中又は回復期にあって容態の急変が見込まれないため、病児・病後児保育の利用が可能と思われます。										

※対象児童の居住する市町村宛に情報提供した場合に診療情報提供書(I)を算定することができる。
患者一人につき月1回に限り算定する。