

名護市病児保育事業診療情報提供書

(提出先) 名護市

年 月 日

医療機関

住所

電話

担当医師名

印

病児保育事業の利用について、次のとおり情報提供します。

【保護者記入欄】

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	(満 歳)	
児童住所	名護市		
保護者氏名			

【医療機関記入欄】

病名・症状名 (該当する病名・症状に○印をおつけください。)	1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 麻疹
	2 咽頭炎	10 結膜炎(流行性を含む)	18 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 水痘
	4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹(とびひ)	20 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹	21 風疹
	6 消化不良症	14 手足口病	22 咽頭結膜熱(プール熱)
	7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑(りんご病)	23 その他( )
	8 自家中毒症	16 流行性耳下腺炎	
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹
			30 その他( )
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 ( 年 月 日～ 年 月 日)		
治療経過及び 症状経過			
食事(昼食) (○印で記入)	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・下痢食 ・アレルギー食(除去内容: )		
安静度 (○印で記入)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育 4 隔離を要する 5 その他( )		
処方内容 その他注意事項			
病児保育利用必要期間	月 日 ～ 月 日		

医療機関の方へ

名護市病児保育事業に係る「診療情報提供書」について

- 本事業の対象者は、名護市に住所を有する児童（0歳6カ月～小学校3年生）です。
- 診察した病児保育事業利用希望の児童について、入院加療の必要がなく、当面の病状の急変が予想されず、他の児童への感染の可能性の低い状態にあり、病児保育の利用が可能であると認められる場合に限り、診療情報提供のため本書に診察状況を御記入いただき、原本を児童の保護者へお渡しくください。（本書は、病児保育事業実施施設を經由して、名護市に提出されます。）
- 診療情報提供書の文書料は、診療情報提供料（I）又は小児科外来診療料のどちらかで算定できます。（小児科外来診療料には診療情報提供料（I）が含まれているため、診療情報提供料（I）を算定することができません。）なお、患者ひとりにつき月一回の算定となります。
- 文書料は保険適用となり保護者負担なしで発行いただくよう沖縄県医師会を通して御協力をお願いしています。保護者より発行依頼がありましたら、文書料の保護者負担について御配慮いただきますようお願いいたします。
- 本書と同様の内容であれば、各医療機関で使用している診療情報提供書での発行も可能です。（但し、名護市長宛ての発行とする。）

今後とも本市の病児保育事業にお力添えいただきますようよろしくお願いたします。