

診療情報提供書

（医師連絡票）

（診察日） 年 月 日

池田町長
（病児・病後児保育室）あて

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印

乳幼児又は児童が、病児保育室の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

（保護者記入欄）

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
子ども氏名			園・学校名	
住 所	池田町		電 話 番 号	
保護者名				

（医療機関記入欄） 裏面に留意事項記載

病状・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	2 風疹
	3 気管支炎・肺炎	4 溶連菌感染症
	5 嘔吐下痢症	6 中耳炎・外耳炎
	7 感染性胃腸炎	8 周期性嘔吐症(自家中毒)
	9 百日咳	10 突発性発疹
	11 咽頭結膜熱(プール熱)	12 水痘
	13 インフルエンザ(解熱後2日経過後・幼児にあつては3日)	
	14 喘息・喘息様気管支炎(完全に発作が止まっていること)	
	15 流行性耳下腺炎	
	16 麻疹(解熱後3日経過後)	17 その他

	<病名不明の時>	18 発熱
	21 咳	19 下痢
		20 嘔吐
		22 喘鳴
		23 発疹
診療形態	発症年月日	年 月 日
	初診年月日	年 月 日
	外来 往診 入院(年 月 日～ 年 月 日)	
現在の投薬処方	与薬方法：	食前・食間・食後・指定時間(時間毎)
	投薬品名：	
医師所見	症状・治療状況・経過等	
保育上の留意点	1 寝かせておくこと	
	2 室内で安静にしていればよい	

医療機関の医師 各位

「診療情報提供書」の記入について

病児保育室の利用を希望する場合は、かかりつけ医の診察を受けて、「診療情報提供書」の記入を依頼し、保育室に提出することになっています。

保育室利用が可能である場合は、「診療情報提供書」を作成いただきますようお願いいたします。

(下記に記載の「お預かりできない症状」に該当する場合は、「診療情報提供書」を作成しないでください。)

「診療情報提供書」は、健康保険の適用となります。

病児保育 実施施設

病児・病後児保育室「ひまわり」 池田ふれあいサポートセンター内

(住所) 池田町本郷1628番地の2 (電話) 0585-45-3916 (FAX) 45-4086

※病院併設の施設ではありません。

※保育士、看護師の職員が保育・看護します。

※福祉センター(社会福祉協議会事務局)、保健センターが隣接しています。

保育室の対象児童

- ①町内在住又は協定を結んだ市町村の生後8か月から小学校6年生までの児童
- ②病気の回復期、若しくは回復期に至っていないが当面症状の急変が認められない場合で、医師の診察によって保育室利用が可能であると判断された児童

<お預かりできない症状>

- ① 入院が必要な状態
- ② 症状の急変が予想される状態
- ③ 感染力が非常に強い疾患
麻疹、インフルエンザ(解熱後2日満たない期間・幼児にあつては3日)、喘息(発作のある期間)など

※ 定員は3名ですが、感染防止のため、利用者の状況によって入室をお断りする場合があります。

★入室中の症状の急変、緊急時の対応

- ・保護者に連絡し、受診してもらいます。
- ・応急的対処の指示を協力医療機関(池田町内の小児科医)に要請します。
- ・特に急を要する場合は、救急指定病院での受診・処置を優先し、救急車を要請する場合があります。

池田町・池田町社会福祉協議会