

様式第3号（第7条関係）

いの町病後児保育施設利用に係る診療情報提供書（利用連絡票）

いの町長様

医療機関 名称
所在地
電話番号
医師名

※太線内は保護者が記入してください。

児童氏名	(年 月 日生)
住 所	いの町 ☎ ()

この児童は診断の結果、下記の病気の回復期にあり、現時点では、病後児保育の利用が適当と思われるので、下記のとおり必要な情報について提供します。

病 名	(1) 発病（推定年月日） 年 月 日 (2) 発病（推定年月日） 年 月 日 (3) 発病（推定年月日） 年 月 日
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ぜん鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他主要疾状（)
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドの上での生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> その他（)
処方内容その他の指示事項	
病後児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他（ 日程度） ※最長7日間

(備考)

1. この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料（I）として算定することができます。（患者1人につき月1回限りの算定となります。）

2. 回復期の範囲
- ・日常罹患する疾病⇒急性期を過ぎてから
 - ・感染性疾患⇒感染期を過ぎてから
 - ・呼吸器系疾患⇒症状が落ち着いてから
 - ・外傷性疾患⇒症状が落ち着いてから