

病児・病後児保育利用申請書(診療情報提供書)

年 月 日

(宛先) 箕面市教育委員会教育長

- 児童の状況を報告の上、病児・病後児保育の利用を申請します。
- 私は生活保護世帯又は市民税非課税世帯に該当するため、生活保護受給証明書または課税証明書を添付します。
また、添付しない場合においては、市が利用料算定のために必要な公簿等を閲覧することに同意します。

申請者(保護者)氏名				児童との続柄	
ふりがな 児童氏名		性別	生年月日	年	月 日生
在籍施設			緊急連絡先		

病児・病後児保育の利用に当たり、下記のとおり病名を診断します。

※医師記入欄 漏れなくご記入ください。

利用保育	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育(回復期) ※いずれか一つにチェックをしてください		
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (喘息発作が出ているときは 利用できません) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () * 流行性角結膜炎は公立病児・病後児保育ともに受け入れ不可 * インフルエンザ発熱後48時間以内は、かやのこども園(乳児部)内病児保育は受け入れ不可 * 麻疹と疥癬がある場合受け入れ不可
入院の必要性	<input type="checkbox"/> なし * 入院が必要な場合、病児・病後児保育はご利用できません		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 同一疾患であれば必要なし		
病状の経過	発熱の経過や状態		
現在の投薬処方	処方		薬剤名
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	用量・用法	
病児で使用する頓用薬と定期吸入薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名	用量・用法
配慮を要する事項			
利用期間	月 日 ~ 月 日		* 病児保育利用期間は2日間、 病後児保育利用期間は4日間です。
年 月 日 【医療機関】 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名			
印			

※ 医療機関のかたへ
 「病児・病後児保育利用申請書(診療情報提供書)」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。
 小児科外来診療を算定される場合は、当該診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定できません。