

医師連絡票(診療情報提供書)

藤井寺市病後児保育実施者 様

藤井寺市病後児保育施設の利用に当たり、現時点で、入院治療の必要性はなく、病後児保育の利用が可能であることを認めます。

■医療機関記入欄

(診察日)

|        |  |
|--------|--|
| 医療機関名称 |  |
| 所在地    |  |
| 電話番号   |  |

年 月 日

(担当医師氏名)

印

|                          |  |   |  |
|--------------------------|--|---|--|
| 病名                       | <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群                             | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)  | <input type="checkbox"/> 百日咳                                 |
|                          | <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎                              | <input type="checkbox"/> 突発性発疹  | <input type="checkbox"/> インフルエンザA                            |
|                          | <input type="checkbox"/> 気管支炎                                  | <input type="checkbox"/> 手足口病   | <input type="checkbox"/> インフルエンザB                            |
|                          | <input type="checkbox"/> 気管支喘息・喘息性気管支炎                         | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)  | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症                          |
|                          | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎( )                             | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)  | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ                             |
|                          | <input type="checkbox"/> 消化不良症(多症候性下痢)                         | <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)   | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症                           |
|                          | <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎                               | <input type="checkbox"/> 風しん  | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症                          |
|                          | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症                                | <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)   |  |
|                          | <input type="checkbox"/> その他( )                                |   |  |
|                          | 隔離の必要性(※)  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 同一疾病であれば同室可            |  |
| 投薬・処方                    | (内容・用法)  |   |  |
|                          | <input type="checkbox"/> あり<br><br><input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 保育上の留意点                  | 安 静  | <input type="checkbox"/> 室内保育<br><input type="checkbox"/> その他( )  | <input type="checkbox"/> ベッド等安静                              |
|                          | 食 事  | <input type="checkbox"/> ミルク<br><input type="checkbox"/> 普通食<br><input type="checkbox"/> その他注意事項<br>( ) | <input type="checkbox"/> 離乳食<br><input type="checkbox"/> 下痢食 |
| 注 意 事 項 等<br>(アレルギーの有無等) |  |   |  |

※感染性が高く隔離の必要性があると診断された場合、施設の状況によりお預かりできない場合がございます。詳しくは、当日の利用状況により実施施設で判断しますので、あらかじめご了承ください。

【医療機関の方へ】

本連絡票、診療情報提供料(Ⅰ)の扱いとなります。(小児科外来診療料を算定される場合は、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。)

保護者記入欄

|        |             |          |       |
|--------|-------------|----------|-------|
| (ふりがな) |             | 性別       | 男 ・ 女 |
| 児童氏名   |             |          |       |
| 生年月日   | 平成・令和 年 月 日 | (満 歳 か月) |       |
| 住所     | 藤井寺市        | TEL      |       |
| 保護者氏名  |             |          |       |

# 医師連絡票（診療情報提供書）の発行について（お願い）

## ○医師の皆さまへ

『藤井寺市病後児保育事業』を利用する際には、かかりつけ医等への受診が必要になります。つきましては、表面の医師連絡票の発行についてご協力をお願い申し上げます。

藤井寺市では、令和2年（2020年）4月から『藤井寺市病後児保育事業』を開始しました。

## ◎藤井寺市病後児保育事業とは…

概要：病気の「回復期」にある子どもを施設でお預かり、保育する事業です。（回復期に至らず、集団保育が難しい子どもはお預かりいたしかねます。）

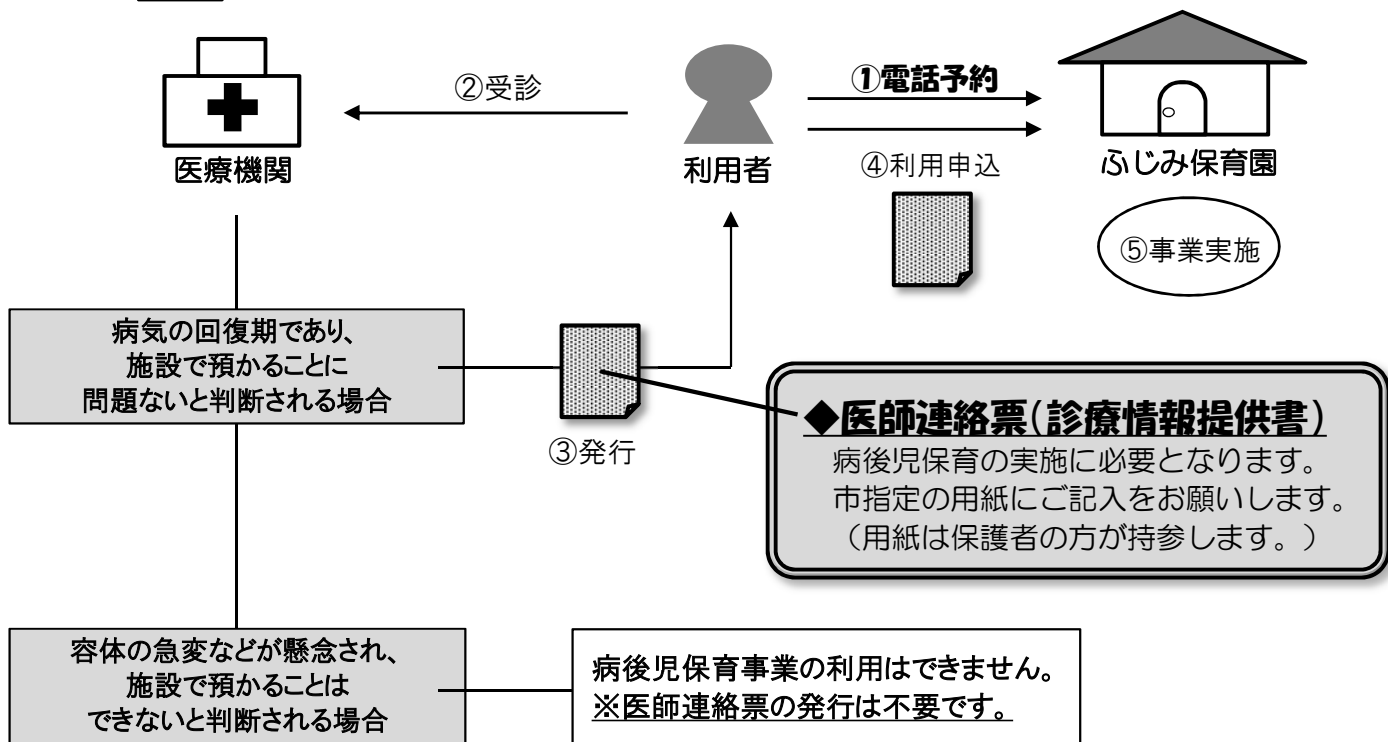
場所：ふじみ保育園（藤井寺市小山藤美町10番3号）  
（園内敷設の病後児保育専用スペースにて行います。）

人員：看護師1名・保育士1名



## ～ 事業利用までの流れ ～

**！ 医療機関受診前に必ずふじみ保育園へ電話予約してください。**



## ◎お問い合わせ先

藤井寺市こども未来部保育幼稚園課  
Tel 072-939-1126

運営：社会福祉法人そうび会  
ふじみ保育園（病後児保育実施施設）  
Tel 072-978-8668