第8号様式

診療情報提供書 ・ 病児病後児保育連絡票（いずれかに○）

医療機関記入日　　年　　月　　日

八王子市長 殿

記入医療機関　所　在　地
名　　称
担当医師氏名　　印
電　話　番　号
ＦＡＸ番号

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり状況をお知らせします。

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名		性別	男 ・ 女
	児童生年月日	年　月　日（　歳　ヶ月）		
	児童住所			
	保護者氏名		電話番号	
医療機関記入欄	傷病名 （該当事項に○）	診療情報提供書の有効期限　**4日間** 01 感冒　09 喘息性気管支炎 02 咽頭炎　10 中耳炎・外耳炎 03 扁桃炎　11 伝染性膿痂疹（とびひ） 04 気管支炎　12 突発性発疹 05 肺炎　13 手足口病 06 溶連菌感染症　14 急性胃腸炎 07 ヘルパンギーナ　15 その他（　） 08 喘息 診療情報提供書の有効期限　**7日間** 16 インフルエンザ（　）型　21 咽頭結膜熱（プール熱） 17 百日咳　22 RSウイルス感染症 18 流行性耳下腺炎（おたふく）　23 流行性角結膜炎（はやり目） 19 風疹（三日ばしか）　24 その他（　） 20 水痘（みずぼうそう）		
	主な症状 （該当事項に○）	1. 発熱　2. 下痢　3. 嘔吐　4. 咳嗽　5. 鼻汁　6. 喘鳴　7. 発疹　8. その他（　）		
	病状 （該当事項に○）	1. 急性期　2. 回復期		
	隔離の必要 （該当事項に○）	1. 必要　2. 不要		
	安静度 （該当事項に○）	1. ベッド上で安静 2. 室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 3. 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
	食事（昼食） （該当事項に○）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・下痢食・持ち込み食推奨 アレルギー食（除去内容等　）		
	処方内容 （該当事項に○）	1. 咳、鼻水用　2. 気管支拡張剤　3. 抗生物質　4. 整腸剤など消化器用薬 5. 鎮痛解熱剤　6. 抗インフルエンザ薬　7. その他（　） お薬手帳 ・ 別紙参照		
	検査の有無及び結果 （該当事項に○）	検査の有無　1. 有　2. 無	1. 有の場合 コロナ（抗原・PCR）（＋・—）　インフル（＋・—）　アデノ（＋・—） その他（検査名　）（検査結果	
	その他 連絡事項			

備考1　八王子市の住民基本台帳に登録された児童について、八王子市に情報提供した場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができる。（250点）
患者1人につき月1回限り算定する。

備考2　診療情報提供書の有効期間は、記入日より原則4日間とする。「16～24」の疾患については7日間有効とする。

備考3　保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。

備考4　処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬の説明書またはお薬手帳を添付し利用申請すること。

備考5　「検査の有無及び結果」欄について、複数の検査を受けた場合は、すべて記入すること。