

横浜市病児保育事業利用連絡書

横浜市長

医療機関 所在地

名 称

電 話

F A X

担当医師 氏 名

印

(注) この様式を書いていただく料金は、保険診療(診療情報提供料I)の扱いとなります。

横浜市病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

患者氏名		性別	生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)
患者住所	横浜市 区			
電話番号	( )	保護者氏名		
病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎	9 水痘		
	2 気管支炎・肺炎	10 風しん		
	3 喘息・喘息性気管支炎	11 インフルエンザ ( A型・B型・型不明 )		
	4 ヘルパンギーナ	12 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)		
	5 感染性胃腸炎	13 溶連菌感染症		
	6 ロタウイルス胃腸炎	14 中耳炎		
	7 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	15 伝染性膿痂疹		
	8 流行性耳下腺炎	16 その他 (病名 : )		
	(病名不明のとき)			
	17 発熱	18 下痢	19 嘔吐	20 咳嗽 21 喘鳴 22 発疹
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日~平成 年 月 日)			
既往歴、 治療経過 及び 症状経過				
現在の 投薬処方				
保育上の 留意点	1 ベット上安静 2 室内安静 (ベットでの生活が主、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)			