

病児・病後児保育利用申請書（診療情報提供書）

行田市長

年 月 日

（保護者記入欄）

申請者（保護者） 住所 行田市  
氏名  
緊急連絡先

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

この申請書（診療情報提供書）は事業実施者（施設）を経由して提出します。

ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	行田市	通所(学) 施設	
利用希望期間	年 月 日 ~	年 月 日	( 日間)
かかりつけ医	電話		
病気の経過	受診までの経過 ( ) 薬のお預かりの有無 有 (薬の名前 )・無		
家庭での保育 が困難な理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
留意事項			

○保護者の方へ：文書料（自己負担）が発生する場合があります。

（医療機関記入欄）

年 月 日 医療機関 住所  
名 称  
医師名



病児・病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

病 名			
利用(見込) 期間	診断日（本利用提供書作成日）を含め		日間程度
安静度	<input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベットの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
急変の可能性	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 極めて低い	予想される 病状の変化	
病状悪化時 の対応指示			
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食（乳児食・幼児食） <input type="checkbox"/> 胃腸食 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 )		
処方内容			
留意事項			

○医療機関の方へ：情報提供した場合患者1人につき月1回に限り診療情報提供料（I）を算定することができます。