

診療情報提供書（病児・病後児保育事業医師連絡票）

◎川越市病児・病後児保育事業は、次の病名等の場合は利用できません。

1 麻疹	2 風疹	3 水痘	4 百日咳	5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
6 流行性角結膜炎（はやり目）	7 咽頭結膜熱（プール熱）	8 新型コロナウイルス感染症		
9 食品、飲料を経口で摂取することが困難な状態				
10 重篤な病状で、ベッド上で絶対安静、又は完全隔離が必要な状態				
11 症状が重度の感染性胃腸炎、明らかな喘息発作の状態				

○医師の確認欄 ※上記病名等に該当せず病児・病後児保育事業の利用が認められる場合記入。

病名（番号に○印）	
1 かぜ（感冒、急性上気道炎、咽頭炎、扁桃炎等を含む） 2 気管支炎 3 肺炎 4 インフルエンザA 5 インフルエンザB 6 RSウイルス 7 ヒトメタニューモウイルス 8 マイコプラズマ 9 溶連菌（溶血性連鎖球菌） 10 アデノウイルス 11 中耳炎 12 その他疾患等（ ）	
病状（番号に○印）※「1 急性期（病児）」の場合、病後児保育室は利用できません。	
1 急性期（発熱等「病児」に該当） 2 回復期（解熱、微熱等「病後児」に該当）	
主な症状（番号に○印）	
1 発熱 2 下痢 3 咳嗽 4 鼻水 5 発疹 6 その他（ ）	
隔離保育の要否（番号に○印）	
隔離保育の要否 1 要 2 否	1 要の場合の理由
処方内容（番号に○印）※実施施設では内服、外用以外の医療行為（点滴、吸入、吸引等）はできません。	
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（ ）	
検査の有無及び結果（該当事項に○印）	
検査の有無 1 有 2 無	1 有の場合 新型コロナウイルス 抗原・PCR +・- インフルエンザウイルス +・- アデノウイルス +・- その他(検査名 ・検査結果)
保育上で留意すべき点（食事・体質傾向など）	
児童の状況は上記のとおりです。 あて先 川越市長 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 印 (電 話)	

○保護者記入欄 ※下記欄は保護者が記入してください。

川越市病児・病後児保育事業を利用するために、実施施設に病状に関する情報を提供することに同意します。					
保護者氏名					
ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	(年 月 日 歳 ヶ月)	体重	

※医療機関の方へ

本書は、川越市病児・病後児保育事業を利用するために必要となります。本書の発行は、患者1人につき月1回に限り、診療報酬の算定に係る「診療情報提供料（I）250点」に該当します。

担当：川越市こども育成課