令和　　年　　月　　日

春日井市病後児保育事業利用連絡書

（施設）　　　　　　　　　　　　　　様

（医療機関）

　下記の患者について、春日井市病後児保育事業の利用対象にあたると認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | | 生年月日 | 平成・令和  　　年　　月　　日(　　歳) | |
| 住所 | 春日井市 | | | | | |
| 連絡先 |  | | | 保護者氏名 |  | |
| 病名・症状 | 1 咽頭炎  2 扁桃炎  3 クループ症候群  4 ヘルパンギーナ  5 気管支炎  【原因菌・原因ウイルス】  21 溶連菌（ +　- ）  22 マイコプラズマ（ +　- ）  23 アデノ（ +　- ） | | 6 肺炎  7 気管支喘息  8 胃腸炎  9 水痘  10 流行性耳下腺炎  （検査日時　　月　　日　　時）  24 Flu A ・ B（ +　- ）  25 RS（ +　- ）  26 hMPV（ +　- ） | | | 11 手足口病  12 咽頭結膜炎  13 流行性角結膜炎  14 その他  　 (　　　　　　　　)  27 ノロ（ +　- ）  28 ロタ（ +　- ）  29 COVID-19（ +　- ）  30 その他（　　　　） |
| (病名不明)　41 発熱　 42 下痢　 43 嘔吐　 44 咳嗽　 45 喘鳴　 46 発疹 | | | | | |
| 疾病状況 | 【病後児保育が必要と思われる期間】  　月　　　日　～　　　月　　　日   * およその期間で結構ですので、最長1週間を限度にご記入下さい。 | | | | | |
| 既往歴及び  症状経過 |  | | | | | |
| 投薬処方 |  | | | | | |
| 保育上の  留意点 |  | | | | | |

※　太線枠内は保護者の方が記入してください。　　ＫＰ　2024/04/01（春日井市医師会）

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけ医 | 様 |
| 診察医 |

　平素は、春日井市の保育行政に格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

　さて、春日井市では病気回復期の乳幼児及び小学生を施設で一時的にお預かりする「春日井市病後児保育事業」を実施しております。

　つきましては、この事業を利用するに当たり、「春日井市病後児保育事業利用連絡書」（本書）が必要となりますので、お手数をおかけしますが、各事項にご記入いただきますようお願いいたします。

　なお、当該事業の対象施設は医療機関併設となっており、必要に応じて医師の診察又は医師からの連絡が入ることもございますので、ご了承ください。

　本書の作成につきましては、「診療情報提供料(Ⅰ)」として取扱うことでご了承いただいているところですが、以下の点にご留意ください。

　・６歳未満の子どもが小児かかりつけ医を受診した場合

→「診療情報提供料(Ⅰ)」として取扱えます

　・６歳未満の子どもが小児かかりつけ医に同意されていない医療機関を受診した場合

　　→出来高算定を選択された医療機関は「診療情報提供料(Ⅰ)」として取扱えます

　　→包括算定を選択された医療機関は「診療情報提供料（Ⅰ）」として取扱えません

春日井市こども未来部保育課