

（宛先）瀬戸市長

年 月 日

記入医療機関 所在地
 名称
 医師名
 電話

㊦

診断の結果、現時点での入院の必要は認めませんので、病児保育施設の利用にあたり次のとおり状況についてお知らせします。
 なお、記入した個人情報を瀬戸市及び事業者で共有することを承諾します。

（保護者記入欄）

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）		
児童住所			
保護者氏名		利用予定日	年 月 日

（医療機関記入欄 該当部分に○をつけてください）

傷病名	麻疹・結核・水痘・インフルエンザ2日目まで ノロ・ロタウィルスによる感染性胃腸炎 嘔吐を伴う胃腸炎等（3歳未満）	病児保育施設は利用できません （以下 記入不要）
傷病名	01 インフルエンザ（ ）型3日目以降 02 百日咳 03 流行性耳下腺炎（おたふく） 04 風疹（3日はしか） 05 咽頭結膜炎（プール熱） 06 手足口病 07 伝染性紅斑（リンゴ病） 08 ヘルパンギーナ 09 RS ウィルス感染症	10 感冒・感冒様症候群 11 咽頭炎・扁桃炎 12 気管支炎 13 肺炎 14 喘息 15 中耳炎・外耳炎 16 伝染性膿痂皮（とびひ） 17 突発性発疹 18 外傷（ ） 19 その他（ ）
主な症状	01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳嗽 05 喘鳴 06 発疹 07 腹痛	
利用の可否	病児保育利用について 01 可（以下記入してください） 02 不可（以下記入不要）	
安静度	1 ベッド上で安静 2 室内安静（ベッド上での生活が主、静かな遊びは可） 3 室内保育（室内で普通に遊んでよい）	

注1 対象児童が瀬戸市に住所を有し、又は保護者が瀬戸市に在勤若しくは在学しており、瀬戸市に情報提供をした場合に、診療情報提供（I）を診療報酬として算定することができます。ただし、患者1人につき月1回に限り算定してください。

注2 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してください。

注3 インフルエンザについては、発症日を0日とし利用日が3日目以降であれば利用できます。

注4 診療情報提供書の有効期間は原則記入日から7日間有効とします。

注5 病児保育施設は、保育士1人対児童3人の体制で病児保育を行います。公立陶生病院の看護師による巡回があります。

注6 緊急時は公立陶生病院の救急外来を受診することがあります。

注7 ご記入いただいた個人情報は、瀬戸市病児保育施設の利用に係ること以外の目的で使用しません。

かかりつけ医
診療医 様

瀬戸市健康福祉部こども未来課

平素は、瀬戸市のこども福祉行政に格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、瀬戸市では病気の回復期の児童（病後児）並びに病気の回復期に至らない児童（病児）を施設で一時的にお預かりする「瀬戸市病児保育事業」を下記のとおり実施しております。

つきましては、この事業を利用するにあたりまして「瀬戸市病児保育施設利用診療情報提供書」を児童の保護者が持参しましたら、お手数ですが各事項にご記入いただきますようお願い申し上げます。

なお、この「瀬戸市病児保育施設利用診療情報提供書」の作成につきましては、「診療情報提供書（I）」としての取り扱いをすることで、ご了承いただいているところですので、よろしく願いいたします。

記

対 象：生後6か月から小学校3年生までの児童で、瀬戸市在住または保護者が瀬戸市在勤・在学の児童

場 所：瀬戸市西追分町160番地（公立陶生病院敷地内 薬局棟2階）

施 設 概 要：瀬戸市病児保育施設
保育室1、観察室1（各室トイレ、手洗いあり）

開設日・時間：月曜日から金曜日まで（土・日・祝日、年末年始除く）午前8時30分から午後7時まで

定 員：1日6人以内（定員の6人以内であっても、児童間で感染のおそれ等で受け入れできない場合があります。）

利用について：この提供書で利用可となっても、定員や他児への感染のおそれ等により、病児保育施設の利用ができないことがあります。

問い合わせ先 瀬戸市役所こども未来課
(0561) 88-2637
*病児保育全般、書類に関すること

瀬戸市病児保育施設
(0561) 21-0608
*当該病児の情報提供に関すること