

医療機関 各 位

利 根 町 長
(公 印 省 略)

病児保育事業に係る「医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）」
について（依頼）

当町の子ども・子育て支援については、日ごろからご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、当町では、保護者が就労している場合等において、児童が病気のために集団保育ができないときに、施設（もえぎ野わかば保育園病児保育室）において一時的に保育する「病児保育事業」を平成29年2月2日から実施しております。

本事業の実施に当たりましては、入院の必要性はない旨を確認しお預かりすることとなりますので、保護者がお願いした場合には、別紙文書により児童の症状について、情報の提供をお願い申し上げます。

つきましては、裏面「**医療機関の方へ**」をご覧ください、病児保育事業を利用する際に必要な「医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）」について、交付していただきたく、よろしくお願い申し上げます。

医療機関の皆様方には、お手数をおかけいたしますが、更なるご理解とご支援を賜りますよう、お願い申し上げます。

「医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）」に関すること
「病児保育事業」に関すること

問合せ先 利根町役場 子育て支援課

電話 0297-68-2211

FAX 0297-68-6910

E-mail kosodate@town.tone.lg.jp

医療機関の方へ

病児保育事業に係る「医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）」について

- ・本連絡票は、医科診療報酬点数表別紙様式12の2に準じた様式です。
- ・診察した児童について入院の必要性はなく、**病児保育利用が可能であると認められる場合に限り**、診療情報提供のため、本連絡票に診療状況を記入の上、原本を児童保護者の方へお渡しください。
(本連絡票は、児童保護者の方から病児保育実施事業者を経由し、利根町に提出されます)
- ・対象児童の居住する市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料(I)を算定することができます。
その際、レセプト摘要欄に診療情報の提供先として「**利根町**」を記入してください。患者の方からは、自己負担分の支払いを受けてください。
- ・患者の方1人につき月1回の算定となります。
- ・小児科外来診療料を算定する場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することはできません。
- ・本連絡票の写しを診療録(カルテ)に添付することが必要となりますので、コピーをして、添付してください。(原本については、利根町が保管します。)

【受け入れ不可の診断名】

- | | |
|---------------|------------------|
| ・結核 | ・風疹 |
| ・百日咳 | ・麻疹(はしか) |
| ・新型インフルエンザ | ・流行性角結膜炎 |
| ・新型コロナウイルス感染症 | ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| ・感染性胃腸炎 | ・水痘(みずぼうそう) |

利根町病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）

年 月 日

情報提供先市町村

利根町長様

紹介元医療機関

名称

所在地

電話番号

— —

医師名

病児保育利用にあたり、不要な情報については、記入欄右側の「該当しない」に☑チェックをすること（「※」箇所は必ず記入すること）。

患児の氏名	男・女	年 月 日生	※
傷病名	(疑いを含む) その他傷病名		※
症状 既往症 治療状況等			※
新型コロナウイルス陰性証明	☐PCR ☐抗原検査 ☐未実施(検査不要)		※
父母の氏名	父:	母:	※
	()歳 職業()	()歳 職業()	☐該当しない
住所 (町内在住者)	利根町 電話番号 — — (自宅・実家・その他)		※
安静度	・隔離室で隔離(空気感染受入不可)・室内安静・室内保育・その他()		※
食事に関する特別な指示	・なし・普通食・ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 ・下痢食・アレルギー食(除去内容)・その他()		※
処方内容 その他 注意事項			※
治療期間 (見込)	月 日～ 月 日(次回診療予定日: 月 日)		※
情報提供の目的とその理由	・診察した児童について入院の必要性はなく、病児保育利用にあたり、診療情報を提供するため ・その他()		※
退院先の住所	様方 電話番号 — — (自宅・実家・その他)		☐該当しない
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日	☐該当しない
出生時の状況	出生場所: 当院・他院() 在胎: ()週 単胎・多胎()子中()子 体重: ()g 身長: ()cm 出生時の特記事項: 無・有() 妊娠中の異常の有無: 無・有() 妊婦検診の受診有無: 無・有(回:)	家族構成 育児への支援者: 無・有()	☐該当しない
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください。			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	☐該当しない
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴	☐該当しない
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()	
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	☐該当しない	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害() ・出産後の状況(マタニティ・ブルー、産後うつ等)・その他()	☐該当しない
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	☐該当しない
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	☐該当しない
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()	☐該当しない
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	☐該当しない

※備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

登録受付: 年 月 日 受付番号: 番

利根町病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

情報提供先市町村

利根町長様
紹介元医療機関

名称 **〇〇〇クリニック**
所在地 **△△市△△△△番地△△**
電話番号 **××××-××-××××**
医師名 **〇〇 〇〇**

病児保育利用にあたり、不要な情報については、記入欄右側の「該当しない」に☑チェックをすること（「※」箇所は必ず記入すること）。

患児の氏名	利根 太郎 (男)・女 令和〇年1月1日生		※
傷病名	インフルエンザA型 (疑いを含む) 其他傷病名		※
症状 既往症 治療状況等	安静を要する		※
新型コロナウイルス陰性証明	☐PCR ☑抗原検査 ☐未実施(検査不要)		※
父母の氏名	父: 利根 次郎 (30)歳 職業(公務員)	母: 利根 花子 (30)歳 職業(パート職員)	※
			☑該当しない
住所 (町内在住者)	利根町布川△△△番地△△ 電話番号 ××××-××-×××× (自宅)・実家・その他		※
安静度	☑隔離室で隔離(空気感染受入不可)・室内安静・室内保育・その他()		※
食事に関する特別な指示	・なし ☑普通食 ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 ・下痢食・アレルギー食(除去内容)・その他()		※
処方内容 その他 注意事項	特になし		※
治療期間 (見込)	令和〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇年〇〇月〇〇日 (次回診療予定日: 月 日)		※
情報提供の目的とその理由	☑診察した児童について入院の必要性はなく、病児保育利用にあたり、診療情報を提供するため ・その他()		※
退院先の住所	様方 電話番号 - - (自宅・実家・その他)		☑該当しない
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日	☑該当しない
出生時の状況	出生場所: 当院・他院() 在胎: ()週 単胎・多胎()子中()子 体重: ()g 身長: ()cm 出生時の特記事項: 無・有() 妊娠中の異常の有無: 無・有() 妊婦検診の受診有無: 無・有(回)	家族構成 育児への支援者: 無・有()	☑該当しない
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください。			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	☑該当しない
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴	☑該当しない
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()	
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	☑該当しない	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害() ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()	☑該当しない
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	☑該当しない
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	☑該当しない
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害() ・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	☑該当しない

※備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

登録受付: 年 月 日 受付番号: 番