

川西市病児・病後児保育医師連絡票（診療情報提供書）

川西市教育長 様  
事業実施者 様

児童の氏名 原則保護者記入		生年月日 原則保護者記入	平成 年 月 日生まれ 令和 歳 男・女
令和 年 月 日 下部の受け入れ 基準 を満たし病児病後児保育可能です。（はい・いいえ）			
診断医療機関名 及び （電話番号）	（ ）		診断医師署名（又は記名押印） 印
病名 （確定病名がなければ症状）			
発症日	令和 年 月 日		
処方内容は保護者から確認します。ダイアップ座薬の使用について指示があれば記載をお願いします。			
保育上の留意点			
安静度	（制限なし・制限あり）		
隔離の必要性	（あり・なし） 逆隔離も含め		
食事制限	制限なし・その他（ ）		
その他留意事項			

医師より上記の説明を受けた上で、病児・病後児保育を申し込みます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

（注1）この提供書を記載していただく料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。  
請求は月1回までです。

（注2）対象児童の病状変化に際しては貴院に可能な範囲での診察依頼もしくは電話等でご指示を  
お願いすることにご協力ください。

原則利用希望日初日前2日以内に作成をお願いします。連休、年末年始は事前に園に確認してください。連続し利用す  
る場合も7日以内なら連絡票は原則1通です

受け入れ基準

入院、及び点滴（脱水にならない程度の経口摂取が来ている）、吸入治療等が必要ない病状である。

ただし2歳を過ぎてMRワクチン（麻疹風疹混合ワクチン）が未接種のお子さま及び麻疹、シラミ、疥癬に罹られている  
お子さまは利用できません。

注）預かり当日時点で病状によっては受け入れができない場合もあります。