

横浜市病児・病後児保育事業利用連絡書

横浜市長

医療機関 所在地

名 称

電 話

F A X

担当医師 氏 名

※麻疹（はしか）、流行性角結膜炎（はやり目）、新型コロナウイルス感染症などの感染力の強い疾病は病児・病後児保育事業の対象外です。

横浜市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

児童氏名		性別		生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
児童住所					
電話番号	()	保護者氏名			

【医療機関記入欄】

利用可能施設 (いずれかに○)	1 病児保育室（医療機関併設）のみ利用可 ※病気中の児童 2 病児保育室・病後児保育室（保育所併設）のどちらも利用可 ※回復期の児童		
病名 (いずれかに○)	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 R S ウイルス感染症 5 感染性胃腸炎 6 その他の胃腸炎	7 流行性耳下腺炎 8 インフルエンザ（A型） 9 インフルエンザ（B型） 10 インフルエンザ（臨床診断） 11 咽頭結膜熱 12 溶連菌感染症	13 中耳炎 14 水痘 15 伝染性膿痂疹 16 手足口病 17 ヘルパンギーナ 18 その他 ()
発症日	年 月 日 時頃		
経過・症状	発熱 (月 日 時頃～) 【その他経過】		
処方薬	☐ 有 ☐ 無		
検査状況 (検査を実施した場合に記入)	検査の日時 (月 日 時) ・インフルエンザウイルス ➡ (検査の結果) ☐ 陽性 ☐ 陰性 ・新型コロナウイルス ➡ (検査の結果) ☐ 陽性 ☐ 陰性 ・その他の検査 () ➡ (検査の結果) ☐ 陽性 ☐ 陰性 () ➡ (検査の結果) ☐ 陽性 ☐ 陰性		
特記すべき 既往歴 (いずれかに✓)	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ※初めての受診など、把握している既往歴がない場合は不明で可 ↓ [☐ 熱性けいれん (回) ☐ ぜんそく ☐ 食物アレルギー] ☐ その他 ()		
その他の 留意事項			

【医療機関の方へ】

- ・本連絡書の作成料は、医療機関ごとに患者1人につき月1回限り、診療情報提供料（I）で算定します。
- ※小児科外来診療料を算定する場合、診療情報提供料（I）が含まれているため、別に算定することはできません。

【保護者の方へ】

- ・処方薬がある場合はお薬手帳やお薬説明書を併せてご持参ください。
- ・利用連絡書の有効期間は記載日を1日目として7日間です。