

第4号様式

※下の太枠内は保護者が記入すること。

患者氏名	(男・女)	生年月日	平成/令和	年	月	日生(歳)
患者住所						
電話番号		保護者氏名				

船橋市の病児対応型・病後児対応型事業を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、この医師連絡票をとったことで必ず希望する日にお子様を預けられるというものではありません。
予約がとれるかどうかにつきましては、事前に施設にご確認ください。

医療機関記入

医師連絡票

船橋市長 あて

医療機関	所在地			
	名称			
	電話			
	F A X			
担当医師	氏名			印

船橋市病児対応型・病後児対応型事業の利用について、次の通り連絡します。

病名					
症状					
集団生活をするにあたっての注意点等					
治療経過及び現在の投薬処方					
病状(番号に○)	1 回復期前	2 回復期	入院していた場合	年 月 日 ~	年 月 日
令和 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。					
安静度(番号に○)	1 ベッド上で安静		2 観察室又は安静室で隔離		
	3 室内で安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)		4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事(昼食)(該当に○)	ミルク 牛乳のみ 離乳食(前期・中期・後期)		幼児食	普通食	下痢食
	アレルギー食(除去内容)・その他()		

* この文書は保険診療(診療情報提供料 I)の扱いとなります。
ただし、患者1人につき月1回の適用となります。

病児対応型・病後児対応型事業について

1. 事業の内容

保育園や幼稚園などに通園しているお子さまが、病気等により集団での保育が出来ない場合に、医療機関の協力体制の整った施設において、病期中や回復期にあるお子さまを一時的にお預りする事業です。

通常の保育園で行う集団保育とは異なり、看護師や、お子さまおおむね3人につき、保育士が1人以上配置された安静室のある施設において、少人数での保育を行うものです。医療機関併設の施設では病気回復期前の入院治療を必要としない病状にあるお子さまもお預りいたしますが、保育所併設の施設では病気回復期のお子さまに限りお預りします。

2. 実施施設

<医療機関併設の病児対応型・病後児対応型事業実施施設>

- 山本医院併設「**新高根キッズハウス**」
船橋市新高根4-7-7 ☎047-469-4801
- トレポンテこどもクリニック2階「**トレポンテ**」
船橋市夏見町2-566 ☎047-429-5403
- 佐野医院2階「**オー・キッズ**」
船橋市本町3-3-7 ☎080-3416-0122
- 愛育レディースクリニック併設「**アトム**」
船橋市習志野5-10-30 ☎080-2151-1103
- コミュニティクリニックみさき併設「**病児保育室わかば**」
船橋市三咲3-1-15 ☎047-448-4008

<保育所併設の病後児対応型事業実施施設>

- さくら保育園併設「**アイリスルーム**」
船橋市二子町474 ☎047-302-8303

3. 医療機関のみなさまへ

平素より、本市の保育行政にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

この医師連絡票につきましては、病児対応型・病後児対応型事業の実施施設および関係機関と協議のうえ作成したものであります。

病気のお子さまをお預りするという事業の性質から、ご記載いただきました医師連絡票を参考に上記施設でお子さまの保育を行うため、記載内容が細かくなりますことをご了承ください。また、お子さまの診察日が記入日となるようお取り扱いくださいようお願いいたします。

なお、一時預り中に容体の急変等、緊急の場合には、実施施設の医師や施設の協力医療機関の医師が診察を行うことがございます。

事業の趣旨をご理解頂き、今後も本市の保育行政にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、連絡票の取り扱いは、診療情報提供料（I）となります。