

病児・病後児保育事業 医師連絡票

指宿市長 様

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 医療機関 | 所在地                                   |
|      | 名称 <span style="float:right">印</span> |
|      | 医師名                                   |
|      | 電話番号                                  |

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

|   |   |  |     |  |                  |
|---|---|--|-----|--|------------------|
| 児童氏名  |   | 性別   | 男・女 | 生年月日<br>(年齢)   | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
| 住所  |   |  |     | 電話番号   |                  |
| 病名・症状等  |   |  |     |  |                  |
| <input type="checkbox"/> 感冒・感冒性症候群<br><input type="checkbox"/> 咽頭炎<br><input type="checkbox"/> 扁桃腺炎<br><input type="checkbox"/> 気管支炎<br><input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎<br><input type="checkbox"/> 消化不良<br><input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症<br><input type="checkbox"/> 自家中毒症<br><input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎<br><input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含む) |   | <input type="checkbox"/> 膿痂症<br><input type="checkbox"/> 突発性発疹症<br><input type="checkbox"/> 手足口病<br><input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)<br><input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)<br><input type="checkbox"/> 麻疹<br><input type="checkbox"/> 水痘<br><input type="checkbox"/> 百日咳<br><input type="checkbox"/> 風疹<br><input type="checkbox"/> その他( ) |     | <病名不明のとき><br><input type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 下痢<br><input type="checkbox"/> 嘔吐<br><input type="checkbox"/> 咳嗽<br><input type="checkbox"/> 喘鳴<br><input type="checkbox"/> 発疹<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                  |
| <input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱, 微熱等)   |   |  |     |  |                  |
| 迅速検査の実施状況   |   |  |     |  |                  |
| 安静度   | ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離<br>室内安静(ベッドでの生活が主, 他児との静かな遊びは可)<br>室内保育(他児と室内で静かな遊びは可)   |  |     |  |                  |
| 食事  | <input type="checkbox"/> 普通(幼児)食 <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期)<br><input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 下痢食<br><input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容 ) |  |     |  |                  |
| その他注意事項   |   |  |     |  |                  |
| 処方内容  | (ご記入いただくか、処方箋のコピーを添付してください。)<br><div style="text-align:right">次回診察予定日 月 日 ( )</div>   |  |     |  |                  |

- ※ 指宿市宛に状況提供した場合に診療情報提供料 (I) を算定することができる。(250点) 患者1名につき月1回に限り算定する。
- ※ 指宿市長が正本を保管し、実施施設は写しを保管すること。