

阿久比町病児・病後児保育事業医師連絡票兼診療情報提供書

年 月 日

阿久比町長 殿

医療機関 所在地

名 称

電話番号

担当医師名

下記児童が、病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり連絡します。
 なお、記入した個人情報を阿久比町及び実施施設で共有することを承諾します。

【保護者記入欄】

| | | | | | |
|-------|--|------|--|------|-------|
| 児童氏名 | | 性別 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童住所 | | | | | |
| 保護者氏名 | | 電話番号 | | | |

【医療機関記入欄】 ※該当事項に○印をお願いします。

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|-------|----------------|-------|
| 傷 病 名 | 1. 感冒・感冒様症候群 | 10. 結膜炎 | 19. 伝染性紅斑 | | | |
| | 2. 咽頭炎 | 11. 伝染性膿痂疹 | 20. 外傷 () | | | |
| | 3. 扁桃炎 | 12. 突発性発疹症 | 21. その他 () | | | |
| | 4. 気管支炎 | 13. 溶連菌感染症 | 【注】 下記は利用不可 風疹・麻疹・水痘・ インフルエンザ2日目まで・ 流行性角結膜炎 | | | |
| | 5. 喘息・喘息性気管支炎 | 14. 手足口病 | | | | |
| | 6. 肺炎 | 15. ヘルパンギーナ | | | | |
| | 7. 感染性胃腸炎 | 16. 流行性耳下腺炎 | | | | |
| | 8. 自家中毒 | 17. インフルエンザ(3日目から) ※発熱日は0日目 | | | | |
| | 9. 中耳炎・外耳炎 | 18. 咽頭結膜熱 | | | | |
| 病名不明時 | 1. 発熱 | 2. 下痢 | 3. 嘔吐 | 4. 咳嗽 | 5. 喘鳴 | 6. 発疹 |
| 病 状 | 1. 急性期（当面病状の急変は認められない） | | 2. 回復期 | | | |
| 隔離の必要性 | 1. 必要 | | 2. 不要 | | | |
| 安 静 度 | 1. 安静(ベット上) | | 2. 室内安静(ベット上が主、静かな遊び可) | | 3. 室内保育(室内遊び可) | |
| 処方内容等 | 投 薬 (無 ・ 有) 処 方 () □お薬手帳参照 | | | | | |
| そ の 他 連 絡 事 項 | | | | | | |

備考1 対象児童について、阿久比町に情報提供をした場合に、診療情報提供料（I）の注2を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。

備考2 本診療情報提供書の有効期間は、記入日から原則3日間とする。

備考3 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。