様式第５号（第７条関係）

　　年　　月　　日

病児保育　医師連絡票

　事業実施者　様

医療機関　所在地

名　称

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

朝来市病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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 |  | 男女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　歳　箇月） |
|  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 病名 | □上気道炎□扁桃腺炎□クレープ症候群□気管支炎□肺炎□喘息様気管支炎□気管支ぜんそく□感染性胃腸炎□ロタ　□ノロ　□その他□細菌性腸炎 | □中耳炎□結膜炎（流行結を含まない）□溶連菌感染症□突発性発疹□アデノウイルス感染症□ヘルパンギーナ□手足口病□インフルエンザＡ□インフルエンザＢ□百日咳 | □伝染性膿痂疹□おたふくかぜ□麻疹□風疹□水痘□その他主な症状など□発達障害の疑い |
| 熱性けいれんの既往歴 | □あり　　　　　□なし | 迅速検査の実施状況 |  |
| 安静度 | □ベッド上安静　　□隔離　　□準隔離　　□室内安静　　□室内保育 |
| 食事 | □ミルク・母乳のみ　□離乳食（□前期　□中期　□後期）　□幼児食□下痢食　　　　　　□アレルギー食（除去内容　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他注意事項 |  |
| 処方内容 |  |

※病児保育施設宛てに情報提供した場合に診療情報提供料（Ⅰ）算定することができる（250点）

患者１人につき月１回に限り算定する。