

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	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クレープ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流行結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 （主な症状など） <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い	
熱性けいれ んの既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	迅速検査の 実施状況		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育			
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> 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。