様式第３号（第８条関係）

**病児病後児保育　医師連絡票**

（宛先）小千谷市長　あて

病児病後児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　歳　　　か月） |
| 患者住所 |  |
| 電話番号 | －　　　　－ | 保護者名 |  |

|  |
| --- |
| 病名・症状（番号に○） |
| 01　感冒・感冒様症候群02　インフルエンザ03　気管支炎04　肺炎05　喘息06　喘息様気管支炎07　扁桃腺炎08　クループ09　感染性胃腸炎10　細菌性腸炎 | 11　ロタウィルス胃腸炎12　中耳炎・外耳炎13　結膜炎（流角結を含む）14　とびひ15　溶連菌感染症16　突発性発疹症17　咽頭結膜熱18　ヘルパンギーナ19　手足口病20　ムンプス | 21　水痘22　急性上気道炎30　その他 | ＜病名不明の時＞01　嘔吐02　下痢03　発熱04　喘鳴05　咳嗽06　湿疹 |
|  |
| 病状（○印） | 01　急性期（発熱等）　　　　02　回復期（解熱・微熱等） |
| 既住歴、治療経過及び症状経過 |  |
| 現在の投薬処方 | □別紙参照※必ず投薬処方が分かるもの（お薬手帳など）を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。 |
| 安静度 | 01　安静が必要　　　　　　02　他児との隔離が必要　　　　　　03　特になし |
| 食事（持参）（○印） | 01　ミルク・牛乳のみ02　離乳食（前期・中期・後期）03　幼児食・普通食 | 04　下痢食05　アレルギー食（除去内容　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他指示 |  |
| （注）この様式を書いていただく料金は保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。（患者１人につき月１回に限り算定） | 年　　月　　日　医療機関所在地電話番号ＦＡＸ医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |