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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |