

堀江やまびこ保育園病児保育

## 医師連絡票(診療情報提供書)

病児保育の利用について、次のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関  
住 所  
TEL  
担当医氏名

印

### 保護者記入欄

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
児童住所	大阪市 区		
保護者氏名		電話番号	

### 医療機関記入欄

病名・症状名 (該当する 病名・症状名 に○印をおつ けください。)	1 感冒・感冒様症候群	9 結膜炎(流行性を含む)	17 インフルエンザ
	2 咽頭炎	10 溶連菌感染症	18 水痘
	3 扁桃腺炎	11 伝染性膿痂症(とびひ)	19 百日咳
	4 気管支炎	12 突発性発疹	20 風疹
	5 喘息・喘息性気管支炎	13 手足口病	21 咽頭結膜炎(プール熱)
	6 感染性胃腸炎	14 伝染性紅斑(リンゴ病)	22 その他
	7 自家中毒症	15 流行性耳下腺炎	( )
	8 中耳炎・外耳炎	16 麻疹	
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
25 下痢	27 咳嗽	29 発疹	( )
診察形態	1 外来    2 往診    3 入院( 年 月 日～ 月 日)		
治療経過 及び 症状経過			
食事(昼食) (○印で記入)	・ミルク    ・牛乳のみ    ・離乳食    ・幼児食    ・下痢食 ・アレルギー食(除去内容 )		
安静度 (○印で記入)	1 ベッド上安静    2 室内安静    3 室内保育		
処方内容 その他 注意事項			
	次回診察予定日 月 日	利用期間 月 日～ 月 日	

※医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。(小児科外来診察料を算定される場合は、小児科外来診察料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することができません。