

東浦町病児・病後児保育事業利用連絡票兼診療情報提供書

年 月 日

東浦町長 殿
(病児・病後児保育室)紹介元医療機関 所在地
名称
医師名
電話番号

印

東浦町病児・病後児保育事業の利用にあたり、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

フリガナ 児童氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	日生 (満 歳)	
住 所			
フリガナ 保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

病 状 ・ 症 状 (該当番号に○印をつけてください)	1 急性上気道炎	10 中耳炎・外耳炎	病名不明の時 15 発熱 16 下痢 17 嘔吐 18 咳嗽 19 喘鳴 20 発疹 21 その他 ()
	2 気管支炎・肺炎	11 流行性耳下腺炎	
	3 喘息・喘息様気管支炎	12 百日咳	
	4 嘔吐下痢症	13 咽頭結膜熱	
	5 感染性胃腸炎	14 その他 ()	
	6 周期性嘔吐症		
	7 突発性発疹	【注】下記は利用不可	
	8 インフルエンザ()型 診断日 月 日	風疹・麻疹・水痘・ インフルエンザ 2日目まで	
	9 溶連菌感染症	新型コロナウイルス	
安 静 度 (該当番号に○印をつけてください)	1 特に制限なし 2 ベッド安静 3 その他 ()		
処方の内容等 (投薬の有無)	投 薬 (無 ・ 有) 処 方 ()		
食 事 (昼食)	特に制限なし ・ 絶食 ・ その他 ()		
その他留意事項			

備考1 対象児童について、東浦町に情報提供をした場合に、診療情報提供料(I)の注2を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。

備考2 診療情報提供書の有効期間は、記入日から原則3日間とする。

備考3 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。