

平川市病児・病後児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

平川市長様

医療機関名  
所在地  
電話番号  
FAX番号  
医師名

印

平川市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

ふりがな 児童氏名		性別		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所					
電話番号		保護者氏名		続柄	

【医療機関記入欄】

病 名	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
投薬状況及び経過など			
特記すべき既往歴	<input type="checkbox"/> 有    熱性けいれん (    回) <input type="checkbox"/> 無    喘息    食物アレルギー (    ) <input type="checkbox"/> 不明    その他 (    )		
利用事業	<input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業、病後児保育事業どちらも可		
利用見込み期間	本日より    日程度 (※7日を限度とします)		
保育上の留意点	<input type="checkbox"/> ベッドで安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 ※隔離の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他留意事項			

注 この連絡票の作成による料金は、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回限りの算定となります)。