

病児・病後児保育連絡票(診療情報提供書)

上天草市長 様

※利用施設経由

医療機関
所在地
名称
医師名 (印)
電話番号 ()
FAX番号 ()

上天草市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所			
病 名			
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等)		全身状態: <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない
治療経過・内容等 (簡単にお書きください)	○次回診療予定: 年 月 日 薬剤名・何日分・投与方法等		
服 薬	服薬: 無・有		
既 往 症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他()		
隔 離	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通どおり遊んで良い)		
病児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他(日程度)		
アレルギ-	無・有		
その他留意事項			

注1 対象児童の居住する市町村宛てに情報提供をした場合に診療情報提供料(Ⅰ)を算定することができる(250点)。患者1人につき月1回限り算定する。