

様式第3号（第9条関係）

医師連絡票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

南あわじ市長 様

医療機関 所在地
名称
担当医師 氏名
連絡先

病後児保育事業の利用に当たり、必要な診療情報について次のとおり提供します。また、当該児童が病気の回復期であることを連絡します。

保護者記入欄

対象児童氏名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
住 所			

医療機関記入欄 ※下記の病名・症状番号に○印をお付けください。

01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	<病名不明のとき> 下痢（原因： ） 嘔吐（原因： ） 咳嗽 喘鳴 発疹（原因： ） その他 （ ）
02 咽頭炎	12 手足口病	
03 扁桃炎	13 伝染性紅斑（りんご病）	
04 気管支炎	14 百日咳	
05 喘息・喘息性気管支炎	15 溶連菌感染症	
06 周期性嘔吐症	16 流行性耳下腺炎	
07 中耳炎・外耳炎	17 RSウイルス感染症	
08 結膜炎	18 流行性角結膜炎	
09 膿痂疹（とびひ）	19 プール熱	
10 感染性胃腸炎（ノロ、ロタ）	20 インフルエンザ（A・B）	
保育上の留意点		
安静度	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内で普通に遊んでよい	
食事制限・指示等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
症状・経過 治療状況等	・次回診察予定日 月 日（ ）	
その他注意事項	その他配慮すべき事項があれば、具体的に記入してください。	

注 対象児童の居住する市宛てに情報提供した場合に、診療情報提供料（I）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。