第３号様式(第８条関係)

年　　月　　日

病児・病後児保育事業　医師連絡票

　指宿市長　　　　様

医療機関　　所在地

名称

医師名

　　電話番号

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日（年齢） | 年　　月　　　日（　　歳　　か月） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 病名・症状等 |
| □　感冒・感冒性症候群□　咽頭炎□　扁桃腺炎□　気管支炎□　喘息・喘息性気管支炎□　消化不良□　感冒性嘔吐症□　自家中毒症□　中耳炎・外耳炎□　結膜炎（流角結を含む） | □　膿痂症□　突発性発疹症□　手足口病□　伝染性紅斑（りんご病）□　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）□　麻疹□　水痘□　百日咳□　風疹□　その他（　　　　　　　　） | ＜病名不明のとき＞□　発熱□　下痢□　嘔吐□　咳嗽□　喘鳴□　発疹□　その他　　（　　　　　　） |
| □　急性期（発熱等）　□　回復期（解熱，微熱等） |
| 迅速検査の実施状況 |  |
| 安静度 | * ベッド上安静　　　□　隔離
* 室内安静（ベッドでの生活が主，他児との静かな遊びは可）
* 室内保育（他児と室内で静かな遊びは可）
 |
| 食事 | □　普通（幼児）食　　　□　離乳食（□前期　□中期　□後期）□　ミルク・母乳のみ　　□　下痢食□　アレルギー食（除去内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他注意事項 |  |
| 処方内容　ご記入いただくか，処方箋のコピーを添付してください。 | 次回診察予定日　　　月　　　日（　　　） |

※　指宿市宛に状況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。（250点）

　　患者１名につき月１回に限り算定する。

※　指宿市長が正本を保管し，実施施設は写しを保管すること。