株式会社SATOM病児・病後児保育

医師連絡票（診療情報提供書）

# 入院の必要性がないため、病児保育の利用について次のとおり連絡します。

 年 月 日

医療機関住 所

T E L

担当医氏名 ㊞

保護者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 （満 歳） |
| 児童住所 |  |
| 保護者氏名 | ㊞ | 電話番号 |  |

医療機関記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 感冒・感冒様症候群 | 9 中耳炎・外耳炎 | 17 麻 疹 |
|  | 2 咽頭炎 |  | 10 結膜炎（流行性を含む） | 18 インフルエンザ |
| 病名,症状名 | 3 扁桃腺炎 |  | 11 溶連菌感染症 | 19 水 痘 |
| （該当する | 4 気管支炎 |  | 12 伝染性膿痂疹（とびひ） | 20 百日咳 |
| 病名,症状名 | 5 喘息・喘息性気管支炎 | 13 突発性発疹 | 21 風 疹 |
| に〇印をお | 6 消化不良症 |  | 14 手足口病 | 22 咽頭結膜炎（プール熱） |
| つけくださ | 7 感冒性嘔吐症 |  | 15 伝染性紅斑（りんご病） | 23 その他 |
| い。） | 8 自家中毒症 |  | 16 流行性耳下腺炎 |  | （ |  |  | ） |
|  | 【病名不明の時】 |  |  |  |  |
|  | 24 発 熱 | 26 嘔 吐 |  | 28 喘 鳴 | 30 その他 |
|  | 25 下 痢 | 27 咳 嗽 |  | 29 発 疹 |  | （ |  | ） |  |
| 診療形態 | 1 外 来 | 2 往 診 |  | 3 入院（  | 年 月 | 日 ～ | 月 |  | 日） |
| 治療経過 |  |
| 及び |
| 症状経過 |
| 食事（昼食） | ・ミルク ・牛乳のみ |  | ・離乳食 ・幼児食 | ・下痢食 |  |  |  |  |
| （〇印で記入) | ・アレルギー食（除去内容 ） |  |
| 安静度 | 1 ベッド上安静 | 2 室内安静 | 3 室内保育 |  |
| (〇印で記入） |
| 処方内容 |  |
| その他 |
| 注意事項 |
|  | 次回診療予定日 月 | 日 |  | 利用必要期間 月 | 日 ～ 月 | 日 |  |  |  |

※医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料（Ⅰ）の扱いとなります。（小児科外来診療料を算定される場合は、

小児科外来診療料に診療情報提供料（Ⅰ）が含まれているため、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができません。）