

# 病児・病後児保育 診療情報提供書(医師連絡票)

(提出先) 北広島市長 (病児・病後児保育実施施設経由)

年 月 日

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名		性別	生年月日	
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳 か月	
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎、扁桃炎含む) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> その他( )	
	症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他( )			
	利用区分 <input type="checkbox"/> 病児(急性期) <input type="checkbox"/> 病後児(回復期)			
	隔離の必要性 <input type="checkbox"/> あり(他の病児と同室にしない) <input type="checkbox"/> なし			
	安静度 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> その他( )			
	症状経過			
	基礎疾患の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		基礎疾患の内容 ※ありの場合は記入してください。	
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		アレルギーの内容 ※ありの場合は記入してください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )	
	指示事項 ※食事やアレルギーなど配慮を要する事項を記入ください。			
	投薬	投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する	
	診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。			
			医療機関	医療機関名
			電話番号	
			診断医師名	

※医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、患者1人につき月1回に限り、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。)

なお、北広島市外の方が北広島市の病児保育を利用するために診療情報提供書にご記入いただいた場合は、保険適用外となりますので、自費負担分を利用者にご請求ください。