

医 師 連 絡 票

年 月 日

淡路市長 様

医療機関 所在地
 名 称
 担当医師 氏 名 印
 電 話

病後児保育の利用にあたり、病気の回復期であるため、下記について連絡します。

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○印をお付け下さい。

01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	19 その他 ()
02 咽頭炎	12 手足口病	<病名不明のとき>
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑(りんご病)	20 発 熱
04 気管支炎	14 流行性角結膜炎	21 下 痢
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	22 嘔 吐
06 嘔吐下痢症	16 百日咳	23 咳 嗽
07 自家中毒症	17 風疹	24 喘 鳴
08 中耳炎・外耳炎	18 インフルエンザ (A・B)	25 発 疹
09 結膜炎	※↑A・Bどちらか一方に	26 その他 ()
10 膿痂疹 (とびひ)	○印をお付け下さい。	
安静度 (○印)	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と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 ()	
処方内容	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
備 考		

※対象児童の居住する市(淡路市)宛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 (250点)。患者1人につき月1回限り算定する。