様式第３号（第８条関係）

平川市病児・病後児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

年　　月　　日

平　川　市　長　　様

医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
ＦＡＸ番号
医　師　名

平川市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

ふりがな 児童氏名		性別		生年月日	年　月　日生 （　歳　か月）
住　所					
電話番号		保護者氏名		続柄	

【医療機関記入欄】

病　名	□ 急性上気道炎　□ 気管支炎・肺炎　□ 喘息・喘息様気管支炎 □ ヘルパンギーナ　□ 感染性胃腸炎　□ 流行性耳下腺炎 □ 水痘　□ インフルエンザ　□ 咽頭結膜炎 □ 溶連菌感染症　□ 中耳炎　□ 伝染性膿痂疹 □ その他（　　）
投薬状況及び 経過など	
特記すべき 既往歴	□ 有　熱性けいれん（　　回） □ 無　喘息　食物アレルギー（　　） □ 不明　その他（　　）
利用事業	□ 病児保育事業　□ 病児保育事業、病後児保育事業どちらも可
利用見込み期間	本日より　　日程度（※７日を限度とします）
保育上の留意点	□ ベッドで安静　□ 室内安静　□ 室内保育 ※隔離の必要性　□ 有　□ 無
その他留意事項	

注　この連絡票の作成による料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります（患者１人につき月１回限りの算定となります）。