様式第5号（第6条関係）

病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）

年　　　月　　　日

豊後大野市長　　　　　様

医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

病児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子どもの名前 |  | 性別 | 生年月日 | 年　　月　　日（　歳） | |
| 病名・症状 | □感冒・鼻咽頭炎  □咽頭炎  □桃炎  □気管支炎  □気管支息・喘息性気管支炎  □感染性胃腸炎（　　　　）  □自家中毒症  □中耳炎・外耳炎  □伝染性（とびひ）  □突発性発疹  □手足口病  □流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | | □風疹  □水痘（みずぼうそう）  □インフルエンザ（　　型）  □アデノウイルス感染症  □溶連菌感染症  □RSウィルス感染症  □マイコプラズマ感染症  □ヘルパンギーナ  □ヘルペス歯肉口内炎  □その他  　（　　　　　　　　　） | | （病名不明）  □発熱  □下痢  □吐  □  □喘鳴  □発疹  □その他 |
| 隔離の要否 | 要　・　否 | | | | |
| 安静度 | □　ベッド上安静  　□　室内安静（　ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可　）  　□　室内保育（　他児と室内で軽い遊び程度ならよい。） | | | | |
| 食　事 | □　ミルク　　　　　　□　離乳食（ 初期 ・ 中期 ・ 後期 ）  　□　普通食　　　　　　□　下痢食（ 軽症 ・ 中程度 ）  　指示事項  　〈 除去食 〉  　　　　　卵　・牛乳　・　大豆　・　その他（　　　　　　　　　　）  　　　※アレルギーによる食事制限が必要な場合には、記載願います。 | | | | |
| 症状経過及び  医師の指示事項 |  | | | | |
| 投薬について | 保育室での与薬　　　（　有　・　無　）  　処方　１  　　　　２  　　　　３  　　与薬時間：食前・食間・食後・指定時間（　　　　時間毎） | | | | |

※この様式を記入する料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。