

平成 年 月 日

姫路市病児・病後児保育 医師連絡票

姫路市長 様

医療機関 所在地

名 称

医師氏名

㊟

電話番号

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。

保護者記入欄

利用児童	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
保 護 者	住 所	〒				
	氏 名		連絡先			

医療機関記入欄

病 名	<input type="checkbox"/> 上気道炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	<input type="checkbox"/> 扁桃炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 麻疹
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 風しん
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 手足口病	（ 主な症状など ）
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ		
<input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		
	<input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 百日咳	
投薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
安 静 度	<input type="checkbox"/> 隔離して別室で保育（他児への感染を防ぐため隔離して保育） <input type="checkbox"/> 室内安静（主にベッドで寝かせて安静にして保育、隔離の必要なし） <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で通常保育、隔離の必要なし） <input type="checkbox"/> そ の 他 （ ）		
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 ）		
そ の 他 注 意 事 項	<input type="checkbox"/> 発達障害の疑い		

※姫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）

※患者一人につき月1回に限り算定する。