

## 病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）

(宛先) 三条市教育委員会

病児保育または病後児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供いたします。

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	年 月 日生（満 歳）		
患者住所			
電話番号	— —	保護者氏名	

病名・症状(番号に○)			
01 感冒・感冒様症候群	10 結膜炎	19 流行性角結膜炎	<病名不明の時>
02 気管支炎	11 伝染性膿痂疹	20 インフルエンザ(A・B)	
03 肺炎	12 溶連菌感染症	21 流行性耳下腺炎	01 嘔吐
04 喘息	13 突発性発疹症	22 水痘	02 下痢
05 喘息様気管支炎	14 咽頭結膜熱		03 発熱
06 扁桃腺炎	15 ヘルパンギーナ	30 その他	04 喘鳴
07 クループ症候群	16 手足口病	( )	05 咳嗽
08 急性胃腸炎	17 RSV感染症		06 湿疹
09 中耳炎・外耳炎	18 hMPV感染症	※迅速検査診断の結果がありましたらご記入ください。 ( )	
病状(○印)	01 急性期(発熱等)【病児保育】	02 回復期(解熱・微熱等)【病児・病後児保育】	
隔離の必要(○印)	01 なし	02 あり	
安静度(○印)	01 床上安静	02 室内安静	03 特になし
既往歴、治療経過及び症状経過			
現在の投薬処方	□別紙参照 □その他 ※必ず投薬処方が分かるもの(お薬手帳など)を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。		
基礎疾患の有無	なし ・ あり ( )		
アレルギーの有無	なし ・ あり □卵 □牛乳 □小麦 □その他 ( )		
保育上の注意	なし ・ あり ( )		
飲食上の注意	※食事は、原則利用者が持参。病後児保育施設では提供可能な場合あり(要問合せ)。		
その他指示			

(注) この様式を書いていただく料金は  
 保険診療(診療情報提供料I)の  
 扱いとなります。

年 月 日

医療機関  
 所在地  
 電話番号  
 FAX  
 医師名