

医師連絡票(診療情報提供書)

病児保育の利用について、次のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関

住所
名称
医師名
電話番号

印

児童氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名		年齢	歳 月
住所	電話番号 ()		
該当する病名・症状に○印をお願い致します。			
1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 インフルエンザ	
2 咽頭炎	10 結膜炎(流行性を含む)	18 百日咳	
3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 咽頭結膜炎(プール熱)	
4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹(とびひ)	20 その他	
5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹		
6 消化不良症	14 手足口病		
7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑(りんご病)		
8 自家中毒症	16 流行性耳		
【病名不明の時】 24 発熱 26 嘔吐 28 喘鳴 30 その他 25 下痢 27 咳嗽 29 発疹 ()			
病状 症状の経過 治療状況等			
安静度(○印)	1 ベッド上で安静 2 室内安静(ベッド上生活が主だが、室内で静かに遊び可) 3 室内保育(他児童と静かな遊び可) 4 隔離を要する		
食事に関する 特別な指示	なし あり()		
処方内容	薬品名	用量	用法
利用必要期間	年 月 日 ~ 月 日		
その他注意事項			

※病児保育 利用時間 09時~18時 (月~金)

※医療機関の方へ「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。

(小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することができません。)