

医 師 連 絡 票

年 月 日

洲本市長

様

医療機関 所在地
 名称
 担当医師 氏 名
 電 話

病後児保育事業の利用に当たり、当該児童が下記のとおり病気の回復期であることを連絡
 します。

保護者記入欄

対象児童氏名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
住 所			

医療機関記入欄 ※下記の病名・症状番号に○印をお付けください。

01 感冒・感冒様症候群	11 突発性発疹症	19 その他 ()
02 咽頭炎	12 手足口病	<病名不明のとき>
03 扁桃腺炎	13 伝染性紅斑（りんご病）	20 発熱
04 気管支炎	14 流行性角結膜炎	21 下痢
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	22 嘔吐
06 嘔吐下痢症	16 百日咳	23 咳嗽
07 自家中毒症	17 風疹	24 喘鳴
08 中耳炎・外耳炎	18 インフルエンザ（A・B） ※A・Bどちらか一方に ○印をお付けください。	25 発疹
09 結膜炎		26 その他 ()
10膿痂疹（とびひ）		
安静度 (○印)	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
食事 制限・指示等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
処方内容	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
備考		

※対象児童の居住する市宛て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。患者1人につき、月1回限り算定する。