

医 師 連 絡 票(診療情報提供書)

小城市長 宛

病児・病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

年 月 日

(かな) 児童名		所在地		印
生年月日	年 月 日 (歳 ケ月)	男・女	医療機関名	
症状(○を付ける)		急性期・回復期		
01 上気道炎 02 咽頭扁桃炎 03 肺炎、気管支炎 04 気管支喘息 05 喘息様気管支炎 06 中耳炎・外耳炎 07 結膜炎(流行性角結膜炎除く) 08 膿痂疹 09 突発性発疹症 10 手足口病 11 伝染性紅斑(りんご病)		12 溶連菌感染症 13 アデノウイルス感染症 14 流行性角結膜炎 15 RS ウィルス感染症 16 嘔吐下痢症 17 ロタウイルス感染症 18 流行性耳下腺炎 19 インフルエンザ 20 水痘 21 百日咳(回復期)		22 外科系 【 23 その他 (〈病名不明のとき〉 ・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・咳嗽 ・喘鳴 ・発疹 【現在行っている処置】 ・吸入 ・吸引 ・つけかえ
隔離の必要性		隔離(要・不要・可能であれば) ※12~21に相当する疾患の場合、状況によってお預かりできないことがあります。		
処方内容		<input type="checkbox"/> おくすりノート参照 <input type="checkbox"/> 別記・詳細		
注意事項		けいれん・嘔吐・咳・喘鳴・呼吸苦・ その他()		
その他 連絡事項				
保育中に 必要な処置		吸入 鼻汁吸引 その他()		
次回診察予定日		要【 月 日() 】・不要・症状が改善すれば不要		

連絡票をご記入いただくお医者様へ

この連絡票は、小城市の子育て支援事業の一環として医師会のご協力をいただいているものです。お手数をおかけいたしますが、無料にて記入していただきますようよろしくお願いいたします。

※対象児童の居住する自治体宛てに情報提供をした場合に診療情報提供料(I)を算定することが出来ます(250点)。患者1人につき月1回に限り算定します。※記入した医師連絡票の写しを診療録に添付してください。

(本事業への問い合わせ:小城市子ども家庭課 TEL 0952-37-6107)

【病児保育室への問い合わせ】 ひらまつ病院 病児保育施設「ひつじさんの部屋」 TEL(0952)37-0900