

大竹市病児・病後児保育事業 医師連絡票

医療機関 住所
 名称
 医師名
 電話

次の児童が病児・病後児保育事業の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

(医療機関記入欄)

ふりがな 児童氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	(平成・令和) 年 月 日生		(満 歳)	
病 名 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群 02 ヘルパンギーナ 03 アデノウイルス感染症 04 咽頭炎 05 扁桃炎 06 気管支炎 07 喘息・喘息性気管支炎 08 ロタウイルス 09 ノロウイルス 10 感染性胃腸炎	11 肺炎 12 インフルエンザ(A・B) 13 R Sウイルス感染症 14 水痘 15 流行性耳下腺炎 16 溶連菌感染症 17 手足口病 18 百日咳 19 その他 ()	(病名不明のとき) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹 26 その他 ()	
病 状	1 急性期 (発熱等) 2 回復期 (解熱・微熱等)			
安 静 度 (○印)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育			
処方内容	与薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間 (時間毎) 薬剤名 : 解熱剤使用: なし ・ あり (最終投与 日 時)			
その他 注意事項				

この診療情報提供書については、医療保険の給付対象の診療情報提供料(I)としてご記入をお願いします。