武雄市病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

年　　月　　日

武雄市長　宛

医療機関　所在地
名　称
医師名　　㊞
電話番号

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 平成<br>令和　　年　　月　　日生（　　歳） | |
| 住　所 | | | | 電話番号 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病 名 | □上気道炎<br>□扁桃腺炎<br>□クループ症候群<br>□気管支炎<br>□肺炎<br>□喘息様気管支炎<br>□気管支喘息<br>□その他<br>（　　） | □流行性角結膜炎<br>□急性出血性結膜炎<br>□溶連菌感染症<br>□ウイルス性肝炎<br>□伝染性紅斑<br>□手足口病<br>□ヘルパンギーナ<br>□マイコプラズマ感染症<br>□流行性嘔吐下痢症 | □インフルエンザ（　　）型<br>□百日咳<br>□麻疹<br>□流行性耳下腺炎<br>□風疹<br>□水痘<br>□咽頭結膜熱 |
| 安静度 | □室内安静（ベットでの生活が主、室内で静かな遊び可）<br>□室内保育（他児童と静かな遊び可）<br>□隔離を要する | | |
| 治療経過 | | | |
| 処方内容 | □別紙参照<br>※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ご指導ください。 | | |
| 食 事 | □ミルクのみ　□離乳食　□普通食　□下痢食<br>□アレルギー食（除去内容：　　） | | |
| その他<br>留意事項 | | | |

この児童は診察の結果、上記の治療中又は回復期にあって容態の急変が見込まれないため、病児・病後児保育の利用が可能と思われます。

※対象児童の居住する市町村宛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。患者一人につき月１回に限り算定する。