第３号様式（第９条関係）

医師連絡票（診療情報提供書）

年　　月　　日

上牧町長　様

医療機関　所在地
名　称
電　話
担当医師　氏　名

西和地域病児保育事業の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

【保護者記入欄】

ふりがな			性別	生年月日	年齢
児童氏名			男・女	年　月　日生	歳
保護者	住所				
	氏名		連絡先		

【医療機関記入欄】　＊該当項目に○をつけてください。

病名等	1. 急性上気道炎　2. 気管支炎・肺炎　3. 喘息・喘息様気管支炎 4. ヘルパンギーナ　5. 感冒性胃腸炎　6. 流行性耳下腺炎 7. 水痘　8. インフルエンザ　9. 感冒・感冒様症候群 10. 溶連菌感染症　11. 中耳炎　12. 風疹 13. 手足口病　14. 咽頭結膜熱　15. 感染性下痢症 16. 結膜炎　17. 膿痂疹　18. その他（　　）
症　状	1. 発熱　2. 下痢　3. 嘔吐　4. 発疹　5. 咳　6. 喘鳴　7. その他（　　）
投薬状況	1. なし　2. あり
安静度	1. 別室保育（感染を防ぐため隔離して保育） 2. 室内安静（主にベッドの上で安静、他児との静かな遊びは可） 3. 室内保育（室内で普通に保育）
安静を要する期間の目安	診療日から（　　）日程度
その他の注意事項	

※病児保育室の利用期間は、１回の理由につき７日以内です。

※この文書は保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。（患者１人につき月１回算定）