

第3号様式(第7条関係)

阿賀野市長 様

阿賀野市病児保育事業診療情報提供書(医師連絡票)

阿賀野市病児保育室の利用にあたり、下記により診療情報を提供します。

患者氏名	男 ・ 女
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	
電話番号	

該当する病名・症状に○若しくは記入をお願いします			
主治医記入欄	(病名)	(症状)	
	01 急性上気道炎	14 咽頭結膜熱	01 発熱
	02 気管支炎	15 結核	02 下痢
	03 喘息・喘息性気管支炎	16 自家中毒症	03 嘔吐
	04 感染性胃腸炎	17 伝染性紅斑	04 咳嗽
	05 腸管出血性大腸菌感染症	18 結膜炎	05 喘鳴
	06 マイコプラズマ感染症	19 アタマジラミ	06 発疹
	07 伝染性膿痂疹	20 水いぼ	07 けいれん
	08 突発性発疹	21 とびひ	08 その他
	09 手足口病	22 溶連菌感染症	
	10 流行性耳下腺炎	23 RS ウイルス感染症	
	11 インフルエンザ	24 ヘルパンギーナ	
	12 百日咳	25 その他	
13 水ぼうそう	( )		
既往歴			
症状経過			
治療経過			
処方等			
安静度	01 安静が必要 02 他児との隔離が必要 03 特になし		
指示事項	保育上の注意	なし・あり( )	
	飲食上の注意	なし・あり( )	
	投薬上の注意	なし・あり( )	
	その他	配慮すべきことがありましたらご記入ください	
診察の結果、この児童は病気の回復に至っていませんが、入院の必要及び症状の急変も当面認められないものと考え、阿賀野市病児保育室の利用が可能と思われます。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
主治医名			
電話番号			

※この様式により、阿賀野市民である患者の情報提供をした場合、診療情報提供料(I)を算定(250点)することができます。ただし、患者一人につき月1回限りとなります。

阿賀野市民以外の患者の情報提供については、診療情報提供料の適用はありません。