第１号様式（第１１条関係）
診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

茅ヶ崎市病後児保育事業　医師連絡票（医療機関記入）

茅ヶ崎市長　殿

医療機関　住所
名称
医師名　　印
電話番号

茅ヶ崎市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。

児童氏名	男 ・ 女	生年月日	年　月　日

傷病名	**※該当する傷病名及び症状の番号に〇印をお願いします。** 01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息 06 喘息性気管支炎 07 感冒性嘔吐症 08 感染性胃腸炎 09 消化不良 10 自家中毒症 11 中耳炎 12 外耳炎 13 結膜炎 14 膿痂疹(とびひ) 15 突発性発疹症 16 手足口病 17 伝染性紅斑 18 ﾏｲｺﾌﾟﾗｽﾞﾏ感染症 19 溶連菌感染症 20 ヘルパンギーナ 21 インフルエンザ 22 流行性耳下腺炎 23 水痘 24 風しん 25 咽頭結膜熱 26 骨折 27 火傷 28 その他（　　）	主な症状 01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳 05 喘鳴 06 発疹 07その他（　　）
病　状 症状の経過 治療状況 既往歴等		
安静度	**※該当するものに〇印をお願いします。** 01 病後児保育室内で安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 02 病後児保育室内で保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
食事に関する指示 (昼食)	**※該当する項目にチェック及びご記入をお願いします。** □普通食　□離乳食(□前期 □中期 □後期)　□ミルクのみ □アレルギー食（除去内容：　　） 留意点：□なし　□あり（　　）	

処方内容 （病後児保育で使用する薬）	薬剤名	用量	用法

利用見込期間(回復期間)	本日より　　日間程度　※原則として７日間を限度とします。
その他 注意事項	

※対象児童の居住する市町村あてに情報提供をした場合に診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができます（250点）。患者１人につき月１回に限り算定します。
※病後児保育が利用できるのは、病気の回復期以後の場合です。
急性期の場合は利用できませんのでご注意ください。