

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 様

医療機関 住所  
名称  
医師名自署  
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	<b>※該当する傷病名及び症状の番号に○印をお願いします。</b>				主な症状	
	01 感冒・感冒様症候群	13 結膜炎	25 風しん		01 発熱	
	02 咽頭炎	14 膿痂疹(とびひ)	26 咽頭結膜熱		02 下痢	
	03 扁桃腺炎	15 突発性発疹症	27 骨折		03 嘔吐	
	04 気管支炎	16 手足口病	28 火傷		04 咳	
	05 喘息	17 伝染性紅斑	29 その他		05 喘鳴	
	06 喘息性気管支炎	18 マイコプラズマ感染症	[ ]		06 発疹	
	07 感冒性嘔吐症	19 溶連菌感染症			07 その他	
	08 感染性胃腸炎	20 ヘルパンギーナ				
	09 消化不良	21 インフルエンザA型				
	10 自家中毒症	22 インフルエンザB型				
	11 中耳炎	23 流行性耳下腺炎				
	12 外耳炎	24 水痘				
病状 症状の経過 治療状況 既往歴等						
安静度	<b>※該当するものに○印をお願いします。</b>					
	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)	<b>※該当する項目にチェック及びご記入をお願いします。</b>					
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ					
	<input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容： )					
	留意点： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。