

大阪市淀川区訪問型病児保育(共済型)推進事業

医師連絡票(診療情報提供書)

大阪市淀川区長

(提出先)

平成 年 月 日

医療機関
住所

T E L

担当医氏名

印

下記の児童について、入院の必要性はありません。訪問型病児保育の利用にあたり、次とおり診療情報を提供します。

児童名	性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
病名・症状名 (該当する病名・症状に印をおつけください。)	1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 消化不良症 7 感冒性嘔吐症 8 自家中毒症 9 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎(流行性を含む) 11 溶連菌感染症	12 伝染性膿痂疹(とびひ) 13 突発性発疹 14 手足口病 15 伝染性紅斑(りんご病) 16 流行性耳下腺炎 17 麻疹 18 インフルエンザ 19 水痘 20 百日咳 21 風疹 22 咽頭結膜熱(プール熱) 23 その他()
治療経過 及び 症状経過	【病名不明の時】 24 発熱 25 下痢 26 嘔吐 27 咳嗽 28 喘鳴 29 発疹 30 その他 ()	
安静度 (印で記入)	1 ベッド上安静	2 室内安静
処方内容 その他 注意事項	3 室内保育	
治療期間 (見込)	月 日 ~ 月 日 (再診予定日: 月 日)	

この医師連絡票は、診療情報提供料(I)を適用し、保険診療として取扱ってください。