

※保育スタッフへ：郵送時は破線で切り離して医師連絡票を提出してください。

※ 保 護 者 記 入 欄					
児童名			生年月日	平成・令和	年 月 日
		性別	男・女	年齢	歳

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 )

令和 年 月 日

医 療 機 関  
住 所

T E L

担当医氏名

印

本児童について、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、次のとおり診療情報を提供します。

※ 医 師 記 入 欄			
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	13 突発性発疹	【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 ( )
	2 咽頭炎	14 手足口病	
	3 扁桃腺炎	15 伝染性紅斑 (りんご病)	
	4 気管支炎	16 流行性耳下腺炎	
	5 喘息・喘息性気管支炎	17 麻疹	
	6 消化不良症	18 インフルエンザ	
	7 感冒性嘔吐症	19 水痘	
	8 自家中毒症	20 百日咳	
	9 中耳炎・外耳炎	21 風疹	
	10 結膜炎 (流行性を含む)	22 咽頭結膜熱 (プール熱)	
	11 溶連菌感染症	23 その他	
	12 伝染性膿痂疹 (とびひ)	( )	
	治 療 経 過 及 び 症 状 経 過		
安 静 度 (○印で記入)	1 ベッド上安静                      2 室内安静                      3 室内保育		
処 方 内 容 そ の 他 注 意 事 項			
治 療 期 間 ( 見 込 )	月 日 ～ 月 日 (再診予定日： 月 日)		

※医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することはできません。

本事業は、看護師、保育士等の資格を有する保育者が、児童の自宅において一時的に保育する事業です。