

※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 ㊟

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。