

奄美市病児・病後児保育事業医師連絡票

奄美市長 殿

医療機関 所在地
 名 称
 医 師 名
 電話番号

㊦

奄美市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
児童氏名					
病名・病状 (番号に○)	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・喘息性気管支炎 06 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎 (流角結を含む)	11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅斑 (りんご病) 15 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 20 その他 ()	〈病名不明のとき〉 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹 27 その他 ()		
病状 (番号に○)	1 回復期前 2 回復期	隔離の要否 (番号に○)	要 ・ 否		
安静度 (番号に○)	1 ベット上安静 2 室内安静 (ベット上での生活が主, 他児との静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で軽い遊び程度ならよい)				
食事 (番号に○)	1 普通 (幼児) 食 2 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期) 3 ミルク ・牛乳のみ 4 下痢食 5 アレルギー食 (除去内容)				
症状経過及び 医師の指示事項					
処方の内容 (ご記入いただく か、処方箋の コピーを添付 してください。)	与薬方法 : 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間 (時間毎)				
	薬品名 ・ 用量 ・ 用法				

(注) この診療情報提供書を記載していただく料金は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとしてご記入願います。(患者 1 人につき月 1 回に限り算定可) * 正本は奄美市が保管し、実施施設は写しを保管すること。