

別記様式第2号（第11条関係）

五泉市病児保育事業医師連絡票

年 月 日

実施施設の長

様

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

五泉市病児保育事業の利用にあたり、次のとおり診察情報を提供します。

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
児童生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
児 童 住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

※ 以下の該当する番号又は項目に○をつけ、必要事項を記入してください。

病名・症状			
01 感冒・感冒様症候群	11 ロタウイルス胃腸炎	21 水 痘	
02 インフルエンザ	12 中耳炎・外耳炎	22 急性上気道炎	
03 気管支炎	13 結膜炎（流角結を含む。）	23 その他	
04 肺 炎	14 とびひ	()	
05 喘 息	15 溶連菌感染症	【病名が不明のとき】	
06 喘息様気管支炎	16 突発性発疹症		01 嘔 吐
07 扁桃腺炎	17 咽頭結膜熱		02 下 痢
08 クループ	18 ヘルパンギーナ		03 発 熱
09 感染性胃腸炎	19 手足口病		04 喘 鳴
10 細菌性腸炎	20 ムンプス		05 咳 嗽
			06 湿 疹
		07 その他()	
既往歴、治療経過 及び症状経過			
現在の投薬処方	与薬時間(食前・食間・食後・その他())		
	薬品名() 用 量() 用 法()		
	<input type="checkbox"/> 別紙参照 (必ず投薬処方が分かるもの(お薬手帳など)をこの連絡票と一緒に持参するようご指導ください。)		
持 参 食 事	01 ミルク・牛乳のみ		
	02 離乳食(前期・中期・後期)		
	03 幼児食		
	04 下痢食		
	05 アレルギー食(除去内容:)		
その他の指示			

(注) この様式の料金は、医科診療報酬点数表の診療情報提供料(I)の取り扱いとなります。