

病児保育医師連絡票

奥出雲町病児保育施設殿

病児保育の利用について、下記について連絡します。

令和 年 月 日

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------|
| 利用児童名 | 医療機関名 | |
| | 医師氏名 | |
| 下記の病名・病状番号に○印をおつけください | | |
| 01 感冒・感冒様症候群 | 11 膿痂疹 | 20 インフルエンザA型 |
| 02 咽頭炎 | 12 突発性発疹症 | 21 インフルエンザB型 |
| 03 扁桃腺炎 | 13 手足口病 | 22 その他 |
| 04 気管支炎 | 14 伝染性紅斑(りんご病) | () |
| 05 喘息・喘息性気管支炎 | 15 流行性耳下腺炎 | |
| 06 消化不良症 | 16 麻疹 | |
| 07 感冒性嘔吐症 | 17 水痘 | |
| 08 自家中毒症 | 18 百日咳 | |
| 09 中耳炎・外耳炎 | 19 風疹 | |
| 10 結膜炎(流角結を含む) | | |
| 病状(○印) | 発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹 その他() | |
| 隔離の有無(○印) | 他児との同室 1 可 2 不可 | |
| 処方内容 | | |
| 備考 | | |

※本書は発効日を含めて5日間有効です。但し症状が変われば追加・変更の記載をいたします。

注1) 本連絡票記入にあたっては、診療情報提供料を算定することができる(250点)。

患者1人につき月1回限り算定する。