

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。