様式第２号

小松市病児保育ルーム用診療情報提供書（医師連絡票）

平成　　年　　月　　日

（あて先）小松市長

（医療機関）　所在地

名　称

担当医師　　㊞

電　話　（　　）　　－

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	H　　年　　月　　日
住所			電話番号	

病名・病状（番号に○をつけてください。）

01　感冒・感冒様症候群	09　水痘	（病名不明のとき）
02　急性上気道炎（咽頭・扁桃炎等）	10　風疹	17　発熱
03　気管支炎・肺炎	11　インフルエンザ（A 型・B 型・不明）	18　下痢
04　喘息・喘息性気管支炎	12　咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）	19　嘔吐
05　ヘルパンギーナ	13　溶連菌感染症	20　咳嗽
06　感染性胃腸炎（ノロ・ロタ）	14　中耳炎・外耳炎	21　喘鳴
07　周期性嘔吐症（自家中毒症）	15　伝染性皮膚疾患	22　発疹
08　流行性耳下腺炎	16　その他（病名：　　）	

症状の経過 検査結果	
安静度 （○印）	1　ベッド安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（室内で静かな遊びは可能）　　4　室内保育（室内で普通に遊べる）
食事（昼食） （○印）	ミルク　牛乳のみ　離乳食（前期・中期・後期）　幼児食　普通食 下痢食　その他（　　） 指示事項 アレルギー食（除去内容：　　）
投薬処方について	保育室での投薬（あり・なし）
	＊投薬品名及び用法用量　　＊投与時間 ・　　（食前・食間・食後・指定時間____時間毎） ・　　（食前・食間・食後・指定時間____時間毎）
利用見込期間	受診日より（　　）日程度

注１　児童の居住する市宛（小松市）に情報提供した場合に、診療情報提供料（Ｉ）250 点を算定することができる。患者１人につき月１回限り算定する。

注２　病児保育は、急変の危険性がない児童が対象となります。

注３　この診療情報提供書は、病児保育ルームで保管するものとする。