

東大阪市病児・病後児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

（宛先）東大阪市長

年 月 日

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

（医療機関記入欄）

病 名	<div>☐ かぜ（感冒、急性上気道炎、咽頭炎、扁桃炎等を含む）</div> <div>☐ アデノウイルス☐ RSウイルス☐ 溶連菌感染症☐ りんご病</div> <div>☐ インフルエンザ（ A ・ B 型）☐ 水痘☐ おたふくかぜ</div> <div>☐ 胃腸炎☐ 突発性発疹☐ 麻しん☐ 百日咳</div> <div>☐ ヘルパンギーナ☐ 中耳炎・外耳炎☐ 手足口病☐ とびひ</div> <div>☐ その他（ ）</div>
症 状	<div>☐ 発熱☐ 下痢☐ 嘔吐☐ 咳嗽☐ 喘鳴☐ 発疹</div> <div>☐ その他（ ）</div>
安静度	<div>☐ ベッド上安静☐ 室内安静☐ 室内保育</div>
アレルギー食	<div>☐ 保護者からの申し出に従って実施☐ 指示あり（配慮を要する事項等に記載）</div>
配慮を要する事項等	
薬剤の処方	<div>☐ あり☐ なし</div>
	<div>☐ お薬手帳を参照する</div>
	<div>☐ 以下に記載</div>
<div>診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。</div> <div><div>医療機関</div><div>名 称</div><div>所在地</div><div>電話番号</div><div>医師署名 (または記名押印)</div><div>印</div></div>	

（保護者記入欄）

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
児童住所		保護者氏名	
		電話番号	

※ 診療情報提供料（ I ）を算定する場合は要件をご確認ください。