

# 北茨城市病児保育事業情報提供書（医師連絡票）

北茨城市長 様

年 月 日

北茨城市病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。

児童氏名 (ふりがな)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 歳 か月
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎（咽頭炎、扁桃炎含む） <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ A型 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> インフルエンザ B型 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他（                    ） <input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）		
	発症日		年 月 日
	迅速検査の実施状況		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（検査結果：                    ）
	症状		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（                    ）
	安静度		<input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> ベッド上での安静 <input type="checkbox"/> 隔離室での隔離
	指示事項 ※配慮を要する事項等を記入ください。		
	投薬	投薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する
	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 style="text-align: center;">           医療機関 医療機関名            電話番号            診断医師名         </div> <div style="text-align: right;">⑩</div>		

(注) 北茨城市宛てに情報を提供した場合に「診療情報提供料（I）250点」を算定できます。

ただし、患者1人につき月1回に限り算定ができます。

(注) 医師連絡票は、北茨城市外在住者は保険適用外で、患者の自己負担となります。

(注) 医師連絡票は、実施施設を經由して北茨城市が保管します。