

医師連絡票（診療情報提供書）

(提出先) 門 真 市 長

門真市病児・病後児保育事業の利用について、上記のとおり連絡します。

令和 年 月 日

医療機関

住所

電話番号

担当医氏名

印

◆児童氏名等

ふりがな	記入年月日	年	月	日
児童氏名 (男・女)	生年月日	年	月	日生 (満歳)
住所	電話番号			
	保護者氏名			

※病児・病後児保育事業を利用する際は、この用紙を医療機関で記入してもらい、利用する施設に提出してください。

※この用紙は、原則記入日から1週間有効です。1週間を経過した場合は再度手続きが必要です。

※お子様の当日の状態により、ご利用できない場合もありますのでご了承ください。

◆医療機関記入欄：「医師連絡票」は、診療情報提供料（Ⅰ）の扱いとなります。

該当する項目に☑印をおつけください。

診 断 名	☐ 急性上気道炎 ☐ インフルエンザ（ A ・ B ） ☐ 水痘 ☐ 気管支炎・肺炎 ☐ 細気管支炎（ RS ・ hMPV ） ☐ 風疹 ☐ 溶連菌感染症 ☐ 喉頭結膜熱（プール熱） ☐ その他 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 感染性胃腸炎（ ノロ ・ ロタ ） （ ）
症 状	☐ 発熱 ☐ 咳嗽 ☐ 鼻汁 ☐ 喘鳴 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 発疹 ☐ その他（ ）
安 静 度	☐ 患児の状況に応じて室内保育 ☐ 特別指示（備考欄に記入）
隔離室の要否	☐ 保育所における感染症対策ガイドライン（厚労省発出）に準じて実施 ☐ 特別指示（備考欄に記入）
アレルギー食	☐ 保護者からの申し出に従って実施 ☐ 特別指示（備考欄に記入）
処 方 薬	☐ 保護者からの申し出に従って実施 ☐ 特別指示（備考欄に記入）
備 考	
利用の可否	現時点で、 病児保育室の利用 （ 可 ・ 不可 ） 病後児保育室の利用 （ 可 ・ 不可 ）
病後児保育室の利用について	保護者の判断で回復期に利用 （ 可 ・ 不可 ） 利用前に医療機関への受診 （ 必要 ・ 不要 ）

◆受診経過(保護者記載):初回利用後に医療機関を受診された場合、その経過をご記入下さい

受診月日	受診医療機関名	診断名(変更があった場合)