

大阪市病児・病後児保育事業（訪問型）

医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先） 大 阪 市 長

大阪市病児・病後児保育事業（訪問型）の利用について、次のとおり連絡します。

平成 年 月 日

医療機関

住 所

T E L

担当医氏名

印

児 童 名			性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日		（ 満 歳 ）		
児 童 住 所					
保 護 者 氏 名			電 話 番 号		
病名・症状名 （該当する病名・症状に印をおつけください。下線については登所許可が必要です。）	1	感冒・感冒様症候群	12	伝染性膿痂疹（とびひ）【病名不明の時】	
	2	咽頭炎	13	突発性発疹 24 発熱	
	3	扁桃腺炎	14	手足口病 25 下痢	
	4	気管支炎	15	伝染性紅斑（りんご病） 26 嘔吐	
	5	喘息・喘息性気管支炎	16	<u>流行性耳下腺炎</u> 27 咳嗽	
	6	消化不良症	17	<u>麻疹</u> 28 喘鳴	
	7	感冒性嘔吐症	18	<u>インフルエンザ</u> 29 発疹	
	8	自家中毒症	19	<u>水痘</u> 30 その他	
	9	中耳炎・外耳炎	20	<u>百日咳</u> ()	
	10	<u>結膜炎（流行性を含む）</u>	21	<u>風疹</u>	
	11	<u>溶連菌感染症</u>	22	<u>咽頭結膜熱（プール熱）</u>	
			23	その他 ()	
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院 (H 年 月 日 ~ 年 月 日)				
治 療 経 過 及 び 症 状 経 過					
食 事 (昼 食) (印 で 記 入)	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・下痢食 ・アレルギー食 (除去内容)				
安 静 度 (印 で 記 入)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育				
処 方 内 容 そ の 他 注 意 事 項					
	次回診療予定日 月 日		利用必要期間 月 日 ~ 月 日		

医療機関の方へ

- ・「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料()の扱いとなります。
- ・本事業は、看護師、保育士等の資格を有する保育者が、児童の自宅において一時的に保育する事業です。
- ・上記児童に係る利用期間中の記録の提供を希望される場合は、下記の に✓を記入してください。

上記児童に係る利用期間中の記録の提供を希望します。

保護者の方へ

- ・利用期間中の記録を上記担当医に提供することに同意される場合は、以下に署名をお願いします。

利用期間中の記録を上記担当医に提供することに同意します。 保護者氏名 _____