

病児保育施設利用連絡票

（宛先）村上市長

医療機関

所在地

電話番号

医師名

印

下記の児童の病児保育施設の利用にあたり、下記のとおり診療情報を提供します。

児童名		男・女	年 月 日生（ 歳）	
住 所			保護者名	
該当する病名・症状などに○をお願いします				
病 名	1 感冒・感冒様症候群	2 感染性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノ）	3 咽頭結膜熱（プール熱）	
	4 インフルエンザ（A・B）	5 細菌性腸炎	6 ヘルパンギーナ	
	7 気管支炎	8 手足口病	9 肺炎	
	10 中耳炎・外耳炎	11 ムンプス	12 喘息	
	13 流行性角結膜炎（はやり目）	14 喘息様気管支炎（RS、hMPV）	15 水痘	
	16 とびひ	17 急性上気道炎	18 扁桃腺炎	
	19 溶連菌感染症	20 クループ	21 突発性発疹症	
	22 その他（ ）			
	症状	1 発熱 2 咳嗽 3 喘鳴 4 鼻汁 5 発疹 6 下痢 7 嘔吐 8 眼脂 9 その他（ ）		
	病 状	1 回復期に至らない 2 回復期 3 1、2以外		
安 静 度	1 隔離が必要 2 安静が必要 3 特になし			
指示事項	保育上の注意	1 なし 2 あり（ ）		
	飲食上の注意	1 なし 2 あり（ ）		
指示事項	投薬上の注意	1 なし 2 あり（ ）		
	配慮すべきことがありましたらご記入ください。			
投薬の有無	1 なし 2 あり □投薬は薬剤情報提供書またはお薬手帳等のとおり ※必ず投薬処方が分かるもの（お薬手帳等）を連絡票と一緒に持参するようご指導ください。			

※この様式により情報提供をした場合、診療情報提供料Iの扱いになります。ただし、児童1人につき月1回限りとなります。