

朝日町長

殿

医療機関 所在地

名称

医師氏名

電話番号

印

診療情報提供書

朝日町病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、下記のとおり提供します。

氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳 か月)
住所	〒		電話番号
病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他(病名不明の時 <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 ()
	病状 <input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等)		
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容)		
処方内容			
その他注意事項			

備考 1 □のある欄には、該当する□の中に✓点を付すること。
 2 患者(児童)の居住する町宛(朝日町)に情報提供した場合に、診療情報提供料(Ⅰ)250点を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。