

年 月 日

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