

松戸市病児・病後児保育室 医師連絡票

松戸市長 あて

医療機関
住所
名称
電話番号
医師名

印

病児・病後児保育室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。

ふりがな 児童氏名 (保護者氏名)	()	生年月日	平成__年__月__日 __歳__ヶ月
住所	松戸市	電話	
該当する病名・症状に○印をお願いします。			
<病名> 1 感冒 2 結膜炎 3 手足口病 4 流行性耳下腺炎 5 水痘 6 伝染性膿痂疹 7 気管支炎 8 溶連菌感染症	9 扁桃腺炎 10 ヘルペス 11 中耳炎 12 胃腸炎 13 インフルエンザ 14 アデノウイルス 15 その他 ()	<症状> 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()	
病状 症状の経過 治療状況等			
既往歴 家族歴			
現在の状況	1 治療中 2 回復期		
安静度	1 室内保育(他児童と静かな遊び可) 2 室内安静(ベッド上生活が主だが、室内で静かな遊び可) 3 ベッド上で安静 4 隔離を要する		
食事に関する 特別な指示	なし あり ()		
処方内容	薬品名	用量	用法
その他 注意事項			

※1 対象児童の居住する市(松戸市)宛てに情報提供した場合に診療情報提供料[I]を算定することができる(250点)。患者1人につき月1回に限り算定する。

※2 松戸市が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。