年　　月　　日

松戸市病児・病後児保育室　医師連絡票

松戸市長様

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。

保護者記入欄	児童氏名（ふりがな）		生年月日	年　月　日 歳　ヵ月
	住　所			
	保護者氏名		電話番号	

該当する病名・症状に〇印をお願いします		
＜病名＞		＜症状＞
1. 急性上気道炎（感冒）	14. 手足口病	1. 発熱
2. 咽頭炎	15. ヘルパンギーナ	2. 下痢
3. 扁桃腺炎	16. インフルエンザ（ A・B ）	3. 嘔吐
4. 気管支炎	17. RS ウィルス	4. 咳嗽
5. 喘息・喘息様気管支炎	18. 突発性発疹	5. 喘鳴【SPO2】
6. 肺炎	19. 伝染性紅班（りんご病）	6. 鼻汁
7. マイコプラズマ感染症	20. 流行性耳下腺炎	7. 発疹
8. 胃腸炎	21. 水痘	8. その他
9. 結膜炎	22. 風疹	（　　）
10. 流行性角結膜炎	23. 溶連菌感染症	
11. 咽頭結膜熱（プール熱）	24. 伝染性膿痂疹（とびひ）	
12. アデノウィルス感染症	25. その他	
13. 中耳炎	（　　）	

病状 症状の経過 治療状況	
現在の状況	1. 急性期　　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
食事の指示	1. なし　　2. あり→　下痢食　・アレルギー食（除去内容　　） その他（　　）
処方内容	1. 薬剤情報参照　　2. その他の処方

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。