

品川区病後児保育室 医師連絡票

品川区長 あて

医療機関 住所
 名称
 医師名 (印)
 電話番号
 平成 年 月 日

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。

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所	品川区 丁目 番 号 方書 電話番号 ()		
該当する病名・症状に 印および必要事項の記入をお願いします。			
<病名>		<主な症状>	
01 急性上気道炎（咽頭、扁桃炎等含む）	07 流行性耳下腺炎	13 発熱	
02 気管支炎・肺炎	08 溶血性連鎖球菌感染症	14 下痢	
03 喘息・喘息性気管支炎	09 咽頭結膜熱（プール熱）	15 嘔吐	
04 インフルエンザ（ 型）	10 中耳炎・外耳炎	16 咳	
05 感染性胃腸炎（ウイルス性含む）	11 伝染性皮膚疾患	17 喘鳴	
06 水痘	12 その他（ ）	18 発疹	
		19 その他（ ）	
症状の経過 治療状況等			
既往歴・家族歴			
利用見込期間	受診した本日より（ ）日間程度（限度7日）		
食事に 関する指示	普通食・胃腸食・離乳食（前期・中期・後期前半・後期後半・完了期） ミルクのみ・アレルギー食（除去内容 ） 留意点：なし・あり（ ）		
処方内容	薬 剤 名	用 量	用 法
その他保育上 特に留意する ことなど			

注1 対象児童の居住する区（品川区）宛に情報提供した場合に診療情報提供料()を算定することができる(250点)。患者1人につき月1回限り算定する。

注2 品川区が正本を保管し、病後児保育実施施設は写しを保管すること。