

品川区病後児保育医師連絡票

品川区長 あて

医療機関 住 所
名 称
医 師 名
電話番号

印

病後児保育室の利用にあたり、診療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	年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所	丁目 番 号 電話番号 ()		
該当する病名・症状にチェックおよび必要事項のご記入をお願いします。			
<病名> ☐01 上気道炎 ☐02 急性胃腸炎 ☐03 気管支炎・肺炎 ☐04 喘息・喘息性気管支炎 ☐05 急性発疹症 ☐06 水痘 ☐07 R S ウイルス感染症 ☐08 ヒトメタニューモウイルス感染症 ☐09 インフルエンザ (型) ☐10 流行性耳下腺炎 ☐11 溶血性連鎖球菌感染症 ☐12 咽頭結膜熱（プール熱） ☐13 中耳炎・外耳炎 ☐14 伝染性皮膚疾患（とびひ） ☐15 その他 ()			

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（Ⅰ）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。