

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

㊞

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> <input type="checkbox"/> 01 上気道炎 <input type="checkbox"/> 02 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 03 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 04 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 05 急性発疹症 <input type="checkbox"/> 06 水痘 <input type="checkbox"/> 07 RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 08 ヒトメタニューモウイルス感染症		<input type="checkbox"/> 09 インフルエンザ (型) <input type="checkbox"/> 10 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 11 溶血性連鎖球菌感染症 <input type="checkbox"/> 12 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 13 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 14 伝染性皮膚疾患（とびひ） <input type="checkbox"/> 15 その他 ()	<主な症状> <input type="checkbox"/> 01 発熱 <input type="checkbox"/> 02 下痢 <input type="checkbox"/> 03 嘔吐 <input type="checkbox"/> 04 咳 <input type="checkbox"/> 05 喘鳴 <input type="checkbox"/> 06 発疹 <input type="checkbox"/> 07 その他 ()
症状の経過 治療状況等	次回診察予定日 月 日		
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）		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッドで安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上生活が主だが、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児童と静かな遊び可）		
食事に 関する指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
処方内容	与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他	
	薬品名	用量	用法
留意点など			

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（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。