第２号様式（第３条関係）

診療情報提供書

様式制定日：平成 31 年 4 月 1 日

年　　月　　日

品川区病児保育医師連絡票

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。

児童氏名（フリガナ）	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＞		＜主な症状＞
□01 上気道炎	□09 インフルエンザ（　型）	□01 発熱
□02 急性胃腸炎	□10 流行性耳下腺炎	□02 下痢
□03 気管支炎・肺炎	□11 溶血性連鎖球菌感染症	□03 嘔吐
□04 喘息・喘息性気管支炎	□12 咽頭結膜熱（プール熱）	□04 咳
□05 急性発疹症	□13 中耳炎・外耳炎	□05 喘鳴
□06 水痘	□14 伝染性皮膚疾患（とびひ）	□06 発疹
□07 ＲＳウイルス感染症	□15 その他	□07 その他
□08 ヒトメタニューモウイルス感染症　（　）		（　）

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	□ ベッドで安静 □ 隔離室で隔離 □ 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） □ 室内保育（他児童と静かな遊び可）		
食事に関する指示	□ なし □ あり（　）		
処方内容	与薬時間	□ 食前　□ 食間　□ 食後　□ 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。