様式第2号（第６条関係）

**年　　　月　　　日**

**射水市病児・病後児保育事業診療情報提供書（利用連絡書）**

**射水市長　殿**

**医療機関　所在地**

**名称**

**電話**

**ＦＡＸ**

**担当医師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** |  | **性別** | **生年月日** | **年　　月　　　日生（　　　　歳）** |
| **患者住所** |  |
| **電話番号** | **（　　　　　　）** | **保護者氏名** |  |
| **病名・症状****(番号に○)** | **１　急性上気道炎　　　　　　　　　　　　９　水痘****２　気管支炎・肺炎　　　　　　　　　　１０　風しん****３　喘息・喘息性気管支炎　　　　　　　１１　インフルエンザ****４　ヘルパンギーナ　　　　　　　　　　１２　咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）****５　感染性胃腸炎　　　　　　　　　　　１３　溶連菌感染症****６　ロタウイルス胃腸炎　　　　　　　　１４　中耳炎****７　周期性嘔吐症（自家中毒）　　　　　１５　伝染性膿痂疹****８　流行性耳下腺炎　　　　　　　　　　１６　その他（病名：　　　　　　　　　　）** |
| **（病名不明のとき）１****１７　発熱　　　１８　下痢　　　１９　嘔吐　　　２０　咳嗽　　　２１　喘鳴　　　２２　発疹** |
| **診療形態** | **１、外来　　　　２　往診　　　　３　入院（　　 年 月 日～　　 年 月 日)** |
| **既往歴、治療経過及び症状経過** |  |
| **現在の投薬処方** |  |
| **保育上の留意点** | **（安静・食事・特異体質等）** |

注１　対象児童の居住する市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料（Ⅰ）（250点）を算定することができる。

　　　患者１人につき月１回に限り算定する。