

新潟市病児デイサービス事業 医師連絡票

(宛先) 新潟市長

病児保育の利用について、下記のとおり診療情報を提供いたします。

患者氏名		性別	男・女
患者生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
患者住所			
電話番号	— —	保護者名	

病名・症状(番号に○)				
01 感冒・感冒様症候群	11 ロタウイルス胃腸炎	21 水痘	<病名不明の時>	
02 インフルエンザ	12 中耳炎・外耳炎	22 急性上気道炎	01 嘔吐	
03 気管支炎	13 結膜炎(流角結を含む)		02 下痢	
04 肺炎	14 とびひ	30 その他	03 発熱	
05 喘息	15 溶連菌感染症		04 喘鳴	
06 喘息様気管支炎	16 突発性発疹症		05 咳嗽	
07 扁桃腺炎	17 咽頭結膜熱		06 湿疹	
08 クループ	18 ヘルパンギーナ			
09 感染性胃腸炎	19 手足口病	※迅速検査診断の結果がありましたらご記入ください		
10 細菌性腸炎	20 ムンプス	()		
病状(○印)	01 急性期(発熱等)		02 回復期(解熱・微熱等)	
既往歴, 治療経過 及び症状経過	MRワクチン1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/>			
現在の投薬処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照 ※必ず投薬処方が分かるもの(お薬手帳など)を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。			
食事(持参) (○印)	01 ミルク・牛乳のみ	04 下痢食		
	02 離乳食(前期・中期・後期)	05 アレルギー食		
	03 幼児食・普通食	(除去内容)		
その他指示				

(注) この様式を書いていただく料金は
 保険診療(診療情報提供料 I)の
 扱いとなります。

年 月 日

医療機関
 所在地
 電話番号
 FAX
 医師名